



# MANAJEMEN PATIENT SAFETY

Konsep & Aplikasi Patient Safety dalam Kesehatan



Nunung Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Yayang Harigustian, S.Kep., Ns., M.Kep.

*Bonus*



ANDROID



KAMUS KESEHATAN



# MANAJEMEN PATIENT SAFETY

## Konsep & Aplikasi *Patient Safety* dalam Kesehatan

ISBN: 978-602-376-179-1

Penulis : Nunung Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Yayang Harigustian, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Periset Data : Ayu Usada Rengkaningtias  
Rancang sampul : Tim Pustaka Baru  
Halaman : 200  
Ukuran : 150 x 230 mm  
Penerbit : PT. PUSTAKA BARU  
Alamat : Jl. Wonosari Km. 6 Demblaksari Baturetno  
Banguntapan Bantul Yogyakarta  
Pemasaran : PT. PUSTAKA BARU  
: Jl. Wonosari Km. 6 Demblaksari Baturetno  
Banguntapan Bantul Yogyakarta  
Telp. 0274 4353591 - 4438911  
Tahun terbit : 2019

SARAN DAN MASUKAN UNTUK PROSES PEBAIKAN  
e-mail : redaksipustakabarupress@gmail.com

©Hak cipta dilindungi oleh undang-undang.

All rights reserved.

Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit. Ketentuan Pidana Sanksi Pelanggaran Pasal 72 UU Nomor 19 Tahun 2002 tentang Hak Cipta

1. Barang siapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam pasal 2 ayat (1) atau pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara paling sedikit 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp1.000.000,00 (satu juta rupiah) atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
2. Barang siapa dengan sengaja menyerahkan, menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum sesuatu ciptaan barang atau hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/ atau denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

2

Manajemen Patient Safety

0001 700000 01  
10 Bantul 1000  
0800 1-0880  
M JAR 2.870  
NO KODE



## KATA PENGANTAR

Manajemen *patient safety* adalah suatu kebijakan maupun pengaturan yang dilakukan oleh sebuah penyedia layanan kesehatan demi terciptanya keselamatan pasien. Setiap penyedia layanan kesehatan tentunya harus melaksanakan manajemen *patient safety*. Tanpa adanya manajemen *patient safety*, terkadang keselamatan pasien belum menjadi hal yang diutamakan. Terkadang, petugas medis seolah terjebak pada rutinitas kerja semata sehingga kepekaan terhadap pentingnya keselamatan jiwa manusia belum sepenuhnya dimiliki. Maka, *patient safety* seharusnya juga menjadi fokus utama seorang petugas medis dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

Buku berjudul *Manajemen Patient Safety: Konsep dan Aplikasi Patient Safety dalam Kesehatan* ini dimaksudkan sebagai salah satu referensi bagi mahasiswa dan praktisi kesehatan dalam memahami konsep serta langkah-langkah penerapan *patient safety* dalam dunia medis. Berbagai bahasan mengenai manajemen *patient safety* kami sajikan dalam 10 bab. Dimulai dari konsep mengenai manajemen risiko; konsep dasar dan prinsip *patient safety*; *medication error*; hingga peran perawat dalam manajemen *patient safety*.

Setelah membaca buku ini, penulis berharap mahasiswa dapat memahami konsep *patient safety* sehingga berguna baik dalam bangku perkuliahan maupun dalam aplikasinya di kemudian

hari. Penulis juga berharap buku ini dapat berguna bagi praktisi kesehatan sehingga dapat memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan senantiasa mengutamakan keselamatan pasien dalam praktiknya di bidang kesehatan.

Penulis menyadari bahwa buku ini masih banyak kekurangannya meski penulis berusaha menyusunnya secara sistematis dan mendalam. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca guna penyempurnaan tulisan dan revisi pada edisi berikutnya. Besar harapan penulis, buku ini dapat melengkapi referensi pembaca khususnya dalam manajemen *patient safety*.

Yogyakarta, 19 Maret 2018

Penulis



# DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>3</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>5</b>
<b>BAB I</b>	
<b>MANAJEMEN RESIKO.....</b>	<b>9</b>
<b>A. PENGERTIAN MANAJEMEN RISIKO .....</b>	<b>9</b>
<b>B. TUJUAN DAN PELAKSANAAN MANAJEMEN RISIKO .....</b>	<b>13</b>
<b>C. MANAJEMEN RISIKO RUMAH SAKIT DAN KLINIK .....</b>	<b>14</b>
<b>BAB II</b>	
<b>KONSEP DASAR DAN PRINSIP PATIENT SAFETY ...</b>	<b>23</b>
<b>A. DEFINISI PATIENT SAFETY .....</b>	<b>23</b>
<b>B. KOMPONEN PATIENT SAFETY .....</b>	<b>25</b>
<b>C. SASARAN PATIENT SAFETY .....</b>	<b>28</b>
<b>D. STANDAR PATIENT SAFETY .....</b>	<b>34</b>
<b>E. SEMBILAN SOLUSI LIFE-SAVING PATIENT SAFETY.....</b>	<b>42</b>

F. MANAJEMEN PATIENT SAFETY .....	46
G. Langkah-Langkah Patient Safety di Rumah Sakit....	51
H. PENTINGNYA MANAJEMEN PATIENT SAFETY .....	56

### BAB III

MEMBANGUN BUDAYA PATIENT SAFETY .....	59
A. PENERAPAN BUDAYA PATIENT SAFETY .....	59
B. TEKNOLOGI DALAM PATIENT SAFETY .....	62
C. KOMUNIKASI EFEKTIF DEMI PENINGKATAN PATIENT SAFETY .....	67
D. KEBIJAKAN YANG MENDUKUNG PATIENT SAFETY .....	79

### BAB IV

MEMBANGUN SISTEM PELAYANAN KESEHATAN YANG AMAN .....	87
A. GERAKAN PATIENT SAFETY.....	87
B. MENJAGA MUTU LAYANAN KESEHATAN .....	91
C. KEBERSIHAN (HYGIENE) SEBAGAI BAGIAN PROGRAM PATIENT SAFETY.....	98

### BAB V

MEDICATOR ERROR.....	103
A. DEFINISI MEDICATION ERROR .....	103
B. PENYEBAB DAN POTENSI MEDICATION ERROR..	105
C. PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN MEDICATION ERROR.....	108

## **BAB VI**

<b>PATIENT SAFETY DI RUANG OPERASI.....</b>	<b>115</b>
<b>A. SEPUTAR RUANG OPERASI .....</b>	<b>115</b>
<b>B. FAKTOR PENTING PENUNJANG PATIENT SAFETY DI RUANG OPERASI.....</b>	<b>117</b>
<b>C. PATIENT SAFETY CHECKLIST DI RUANG OPERASI</b>	<b>121</b>

## **BAB VII**

<b>KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN (KTD) DALAM SISTEM PATIENT SAFETY .....</b>	<b>127</b>
<b>A. PENGERTIAN KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN (KTD) .....</b>	<b>127</b>
<b>B. KESALAHAN MANUSIA SEBAGAI KEJADIAN TIDAK .....</b>	<b>129</b>
<b>C. KELEMAHAN SISTEM SEBAGAI PENYEBAB KEJADIAN TIDAK DIHARAPKAN (KTD).....</b>	<b>131</b>

## **BAB VIII**

<b>MONITORING DAN EVALUASI PATIENT SAFETY .....</b>	<b>139</b>
<b>A. KRITERIA MONITORING DAN EVALUASI PATIENT SAFETY .....</b>	<b>139</b>
<b>B. PELAKSANAAN MONITORING DAN EVALUASI PATIENT SAFETY .....</b>	<b>141</b>

## **BAB IX**

<b>PENCATATAN DAN PELAPORAN INSIDEN PATIENT SAFETY .....</b>	<b>143</b>
<b>A. DEFINISI DAN TUJUAN PENCATATAN DAN PELAPORAN INSIDEN PATIENT SAFETY .....</b>	<b>143</b>

B. ALUR PELAPORAN INSIDEN PATIENT SAFETY ....	148
C. ALUR INVESTIGASI INSIDEN PATIENT SAFETY ..	152
D. PETUNJUK PENGISIAN LAPORAN INSIDEN <i>PATIENT SAFETY</i> .....	166

**BAB X**

<b>PERAN PERAWAT DALAM MANAJEMEN PATIENT SAFETY</b> .....	<b>173</b>
---	------------

A. PENTINGNYA PROFESI PERAWAT DALAM MANAJEMEN <i>PATIENT SAFETY</i> .....	173
B. ANTISIPASI PENCEGAHAN KEJADIAN TIDAK .....	187

<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	<b>193</b>
-----------------------------	------------

<b>PROFIL PENULIS</b> .....	<b>196</b>
-----------------------------	------------



# **MANAJEMEN PATIENT SAFETY**

Penulis : Nunung Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Yayang Harigustian, S.Kep., Ns., M.Kep

# DAFTAR ISI

## **BAB I MANAJEMEN RISIKO**

- A. Pengertian Manajemen Risiko
- B. Tujuan dan Pelaksanaan Manajemen Risiko
- C. Manajemen Risiko Rumah Sakit dan Klinik

## **BAB II KONSEP DASAR DAN PRINSIP *PATIENT SAFETY***

- A. Definisi *Patient Safety*
- B. Komponen *Patient Safety*
- C. Sasaran *Patient Safety*
- D. Manajemen *Patient Safety*
- E. Langkah-langkah Pelaksanaan *Patient Safety*
- F. Standar *Patient Safety*
- G. Pentingnya Manajemen *Patient Safety*

## **BAB III *MEDICATION ERROR***

- A. Definisi *Medication Error*
- B. Penyebab dan Potensi *Medication Error*
- C. Pencegahan dan Penanggulangan *Medication Error*

## **BAB IV *PATIENT SAFETY* DI RUANG OPERASI**

- A. Seputar Ruang Operasi
- B. Faktor Penting Penunjang *Patient Safety* di Ruang Operasi
- C. *Patient Safety Checklist* di Ruang Operasi

## **BAB V PENCATATAN DAN PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN**

- A. Definisi dan Tujuan Pencatatan dan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien
- B. Alur Investigasi Insiden Keselamatan Pasien
- C. Alur Investigasi Insiden Keselamatan Pasien
- D. Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

- E. Petunjuk Pengisian Laporan Insiden *Patient Safety*

## **BAB VI MONITORING DAN EVALUASI *PATIENT SAFETY***

- A. Kriteria *Monitoring* dan Evaluasi *Patient Safety*
- B. Pelaksanaan *Monitoring* dan Evaluasi *Patient Safety*
- C. Evaluasi Keperawatan

## **BAB VII KEJADIAN YANG TIDAK DIHARAPKAN DALAM SISTEM *PATIENT SAFETY***

- A. Pengertian Kejadian Yang Tidak Diharapkan
- B. Kesalahan Manusia sebagai Kejadian Yang Tidak Diharapkan
- C. Kelemahan Sistem sebagai Penyebab Kejadian Yang Tidak Diharapkan

## **BAB VIII MEMBANGUN BUDAYA *PATIENT SAFETY***

- A. Penerapan Budaya *Patient Safety*
- B. Teknologi dalam *Patient Safety* TEKNOLOGI DALAM *PATIENT SAFETY*
- C. Komunikasi Efektif Demi Peningkatan *Patient Safety*
- D. Kebijakan yang Mendukung *Patient Safety*

## **BAB IX MEMBANGUN SISTEM PELAYANAN KESEHATAN YANG AMAN**

- A. Gerakan *Patient Safety*
- B. Menjaga Mutu Layanan Kesehatan
- C. Kebersihan (Higieni) sebagai Program *Patient Safety*

## **BAB X PERAN PERAWAT DALAM MANAJEMEN *PATIENT SAFETY***

- A. Pentingnya Profesi Perawan dalam Manajemen *Patient Safety*
- B. Kebutuhan Dasar Pasien yang Wajib Diketahui Perawat
- C. Antisipasi Pencegahan Kejadian Yang Tidak Diharapkan oleh Perawat

# BAB I

## MANAJEMEN RISIKO

### A. PENGERTIAN MANAJEMEN RISIKO

Manajemen berasal dari bahasa Romawi Kuno, dengan kata dasar *manage* atau *managiare* yang berarti belajar melangkahkkan kaki. Dalam Bahasa Inggris, *management* dengan asal kata *to manage* berarti mengatur. Manajemen dapat diartikan sebagai proses pengaturan berbagai sumber daya suatu organisasi untuk mencapai tujuan melalui pelaksanaan fungsi-fungsi tertentu. Manajemen adalah proses mengendalikan unit-unit dalam organisasi dengan membuat *planning* (perencanaan), *organizing* (pengorganisasian), *actuating* (pelaksanaan) dan *controlling* (pengawasan) (Tando, 2013).

Secara umum, manajemen dipahami sebagai suatu usaha dengan melibatkan banyak orang dalam suatu organisasi sebagai upaya untuk mencapai tujuan organisasi. Manajemen adalah proses untuk melaksanakan pekerjaan melalui upaya orang lain. Artinya, dalam sebuah organisasi, tujuan organisasi adalah pijakan bagi semua elemen yang ada. Maka semua posisi dan seluruh elemen organisasi tersebut bertanggungjawab bersama dalam memajukan organisasi (Sudarta, 2015).

Manajemen juga diibaratkan sebagai suatu mesin. Manajemen adalah kegiatan pengelolaan dan pengambilan keputusan atas sesuatu. Pengelolaan dan pengambilan keputusan ini selalu dihadapkan pada suatu ketidakpastian (*uncertainty*). Prinsip manajemen adalah untuk memperoleh tujuan pengambilan keputusan dan mengurangi ketidakpastian yang memerlukan data, informasi, dan proses pengendalian (Nursalam, 2014). Dalam mengatur atau membuat suatu manajemen tentu diperlukan data-data pendukung. Pengaturan dan pengendalian suatu risiko dapat dilakukan dengan adanya informasi kemungkinan terjadinya suatu risiko atau informasi telah adanya kejadian yang tidak diinginkan.

Sementara itu, risiko diartikan sebagai kemungkinan, bahaya, kerugian; akibat yang kurang menyenangkan dari suatu perbuatan, usaha dan sebagainya (Poerwadarminta, 2011). Risiko juga dapat diartikan sebagai akibat yang kurang menyenangkan (merugikan, membahayakan) dari suatu perbuatan ataupun tindakan.

Segala sesuatu dapat menimbulkan risiko. Risiko merupakan ketidakpastian baik berupa kerugian, masalah, maupun persoalan yang muncul atas suatu hal. Suatu risiko dapat muncul pada segala jenis profesi dan dalam seluruh aspek kehidupan. Misalnya para pengusaha, dokter, perawat, ibu rumah tangga dan mahasiswa sekalipun mempunyai risiko atas suatu hal yang dipilihnya. Risiko bisa ditemui dalam semua bidang kehidupan baik ekonomi, politik, sosial maupun kesehatan.

Berdasarkan pengertian di atas, dapat diketahui bahwa risiko dapat dicegah, diidentifikasi, dianalisis, dikelola dan diprediksi agar tidak menimbulkan kerugian. Maka, pengelolaan dan manajemen risiko pun dinilai penting. Proses pengelolaan, identifikasi, hinggaantisipasi risiko inilah yang dinamakan **manajemen risiko**. Implementasi manajemen risiko kemudian dinilai sangat penting dilakukan agar terjauh dari segala macam kerugian yang bisa saja terjadi. Manajemen risiko dapat dimengerti sebagai upaya sistematis untuk mengurangi kemungkinan kerugian dalam pelayanan jasa ataupun produk.

Manajemen risiko juga diartikan sebagai suatu bidang ilmu yang membahas tentang bagaimana suatu organisasi menerapkan ukuran dalam memetakan berbagai permasalahan yang ada, dengan menempatkan berbagai pendekatan manajemen secara komprehensif dan sistematis. Sementara itu, risiko ditafsirkan sebagai bentuk ketidakpastian yang akan terjadi nantinya (*future*) dengan keputusan yang diambil berdasarkan pertimbangan saat ini. Artinya, kerugian bisa saja dialami baik karena melakukan sesuatu yang tidak perlu dilakukan, maupun tidak melakukan sesuatu yang perlu dilakukan (Fahmi, 2010).

Manajemen risiko sangat penting diimplementasikan dalam bidang kesehatan. Apalagi, bidang kesehatan dapat dikategorikan sebagai salah satu pelayanan yang berisiko. Sejumlah kelompok yang dapat mengalami risiko dalam bidang kesehatan antara lain pasien, tenaga kesehatan (dokter, perawat dan tenaga lainnya), serta institusi pemberi. Pasien bisa saja mendapatkan risiko berupa kerugian fisik, mental maupun finansial yang diakibatkan kesalahan dalam proses pelayanan kesehatan. Bahkan, pasien bisa saja mendapatkan kerugian yang signifikan seperti cacat fisik hingga terancam jiwa dan keselamatannya.

Sementara selaku tenaga kesehatan, tidak dapat dipungkiri bahwa risiko yang ditanggung juga tidak kalah berat. Misalnya, penularan penyakit hingga risiko tentang adanya gugatan dari pasien atas layanan yang dinilai perlu digugat. Maka, risiko kerugian fisik dan nonfisik juga harus ditanggung seluruh tenaga kesehatan.

Bukan hanya itu, institusi selaku penyedia layanan kesehatan juga menanggung risiko besar yang berasal dari pasien maupun tenaga kesehatan. Apabila suatu institusi kesehatan mendapatkan gugatan dari pasien, maka nama institusi kesehatan beserta informasi kasus yang terjadi dapat beredar di khalayak luas. Kerugian finansial juga bisa saja didapatkan rumah sakit. Hal itu terjadi apabila pasien menuntut rumah sakit karena dinilai melakukan kelalaian saat memberikan layanan kesehatan.

Cahyono (2008) mengemukakan tiga komponen penting dalam manajemen risiko, antara lain:

1. *Risk identification* (identifikasi risiko) and *loss prevention* (mencegah kerugian)

Kegiatannya adalah mengidentifikasi risiko yang dapat menimbulkan kerugian dan memperbaiki situasi atau masalah yang dapat meningkatkan kerugian atau insiden bagi rumah sakit, karyawan dan tenaga kesehatan lain.

2. *Loss reduction* (meminimalisir kerugian)

Langkah yang diambil adalah melakukan tindakan setelah terjadinya insiden dengan meminimalkan kerugian (mitigasi).

3. *Risk financing* (memiliki finansial menanggung risiko)

Kegiatan ini adalah untuk menjamin bahwa organisasi (rumah sakit), memiliki sumber finansial yang mencukupi untuk menanggulangi ancaman kerugian. Misalnya, rumah sakit mewajibkan dokter mengikuti asuransi gugatan malpraktik.

Manajemen risiko didefinisikan oleh JHCO (dalam Cahyono, 2008) sebagai suatu kegiatan klinis dan administratif dalam rangka mengidentifikasi, mengevaluasi dan menurunkan risiko cedera bagi pasien, karyawan dan pengunjung serta risiko kerugian bagi organisasi pelayanan itu (rumah sakit).

Dalam dunia kesehatan, manajemen risiko dikaitkan dengan satu kata lain, yakni klinis sehingga menjadi **manajemen risiko klinis (MRK)**. Manajemen berarti mengelola. Risiko berarti kemungkinan atau ketidakpastian yang bisa mengakibatkan kerugian. Sementara klinis berarti segala hal yang berhubungan dengan perawatan pasien dan pelayanan kesehatan. Maka, **manajemen risiko klinis (MRK)** dapat diartikan sebagai suatu usaha mengelola risiko klinis agar pasien mendapatkan pelayanan yang bermutu dan aman, sehingga terhindar dari segala kerugian akibat layanan kesehatan.

## **B. TUJUAN DAN PELAKSANAAN MANAJEMEN RISIKO**

Sebagaimana definisinya, maka tujuan manajemen risiko adalah untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan menurunkan risiko cedera medis bagi pasien serta menurunkan risiko kerugian bagi semua pihak yang terlibat dalam proses pelayanan kesehatan. Dengan kata lain, manajemen risiko bertujuan untuk mengurangi, mengeliminasi, meminimalisir kerugian agar pasien mendapatkan pelayanan yang berkualitas dan aman.

Tenaga kesehatan memiliki visi utama menyelamatkan jiwa pasien dan memberikan pelayanan semaksimal mungkin. Meminimalisir kerugian tentu bukanlah esensi utama dari manajemen risiko. Maka, pelaksanaan manajemen risiko sejatinya merupakan suatu praktik yang harus dilakukan demi keselamatan pasien. Tenaga kesehatan (baik dokter, perawat dan tenaga kesehatan lain) berorientasi utama melaksanakan MRK demi terwujudnya keselamatan pasien di rumah sakit. Secara otomatis, tenaga kesehatan juga akan meminimalisir kerugian dalam bentuk apapun bagi masing-masing pihak.

Sementara itu, pelaksanaan MRK dapat dilakukan sesuai dengan konteks yang ada baik secara individu maupun secara institusional. Masing-masing tenaga kesehatan mengupayakan MRK agar pasien sebagai individu tidak mengalami cedera. Misalnya, dalam pelaksanaan operasi pasien pengidap diabetes mellitus. Agar pasien tidak mengalami komplikasi operasi, tim tenaga kesehatan bertugas melakukan identifikasi risiko dan mengelola risiko akibat diabetes mellitus baik sebelum, selama, maupun sesudah dilakukan operasi.

Pada kasus lain, misalnya kejadian pasien yang mengalami cedera medis setelah terpeleset atau terjatuh dari tempat tidur. Setelah mendapatkan laporan, Tim Keselamatan Rumah Sakit selaku tenaga kesehatan harus segera menindaklanjutinya dengan menyelidiki dan mencari tahu penyebab jatuhnya pasien. Ada berbagai kemungkinan yang bisa menjadi penyebab. Misalnya saja, petugas kebersihan rumah sakit terlalu basah atau licin ketika mengepel lantai. Kemungkinan lain, petugas kebersihan rumah sakit tidak meletakkan papan penanda lantai licin. Bisa juga pasien jatuh dari tempat tidur karena faktor lingkungan atau kesalahan petugas yang tidak melakukan asesmen bahwa pasien mempunyai risiko jatuh. Setelah diketahui penyebabnya, selanjutnya dicari solusi agar kejadian yang sama tidak terulang pada pasien terkait ataupun pasien-pasien lain.

Pelaksanaan MRK suatu institusi atau organisasi dapat berbentuk pengembangan MRK khusus untuk masing-masing unit pelayanan dengan risiko tinggi. Misalnya MRK khusus untuk

kasus kandungan dan kebidanan di Unit Kebidanan dan MRK kamar operasi di Unit Bedah. MRK khusus juga dapat diaplikasikan jika dijumpai kasus yang rawan terjadi atau memiliki risiko tinggi seperti MRK untuk kasus potensi bunuh diri pasien. Jika MRK tersebut sudah diterapkan di masing-masing unit, juga diketahui dan dilaksanakan di rumah sakit sebagai sebuah kebijakan, maka MRK dikategorikan sebagai MRK organisasi.

## **C. MANAJEMEN RISIKO RUMAH SAKIT DAN KLINIK**

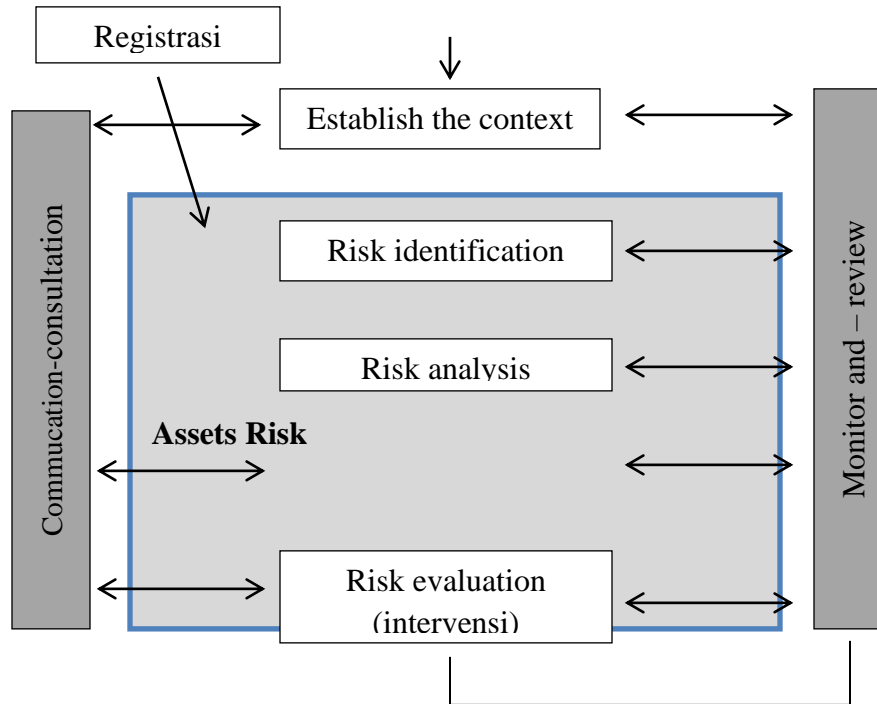
### **1. Proses Manajemen Risiko Klinis**

Setiap rumah sakit tentu memiliki prosedur dan kebijakan masing-masing dalam menerapkan manajemen risiko klinis (MRK). Hal tersebut disesuaikan dengan kelas rumah sakit, tingginya angka tuntutan pasien, hingga jumlah Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *adverse vents*. Kebijakan rumah sakit juga akan berbeda berkaitan dengan pelaksanaan MRK dalam konteks individu maupun organisasi atau institusi rumah sakit.

Dalam prosesnya, menurut *The Joint Australia/New Zealand Standard*, proses MRK terdiri dari penetapan konteks, identifikasi risiko, analisis dan evaluasi risiko, intervensi risiko, monitoring, serta komunikasi dan konsultasi. Selanjutnya proses MRK dapat dilihat di **bagan 1**.

**Penetapan konteks**, misalnya hanya akan efektif jika organisasi atau institusi mendukung sepenuhnya MRK yang dilakukan. Jadi, sudah semestinya MRK didefinisikan dan dimengerti di lingkungan kerja dan organisasi. Begitu juga dengan tujuan, sasaran, pengorganisasian dan kebijakan yang dilakukan sesuai dengan penerapan MRK. Misalnya, rumah sakit punya kebijakan yang jelas mengenai tim khusus yang menanggapi KTD seperti Tim Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP), baik program kerja, anggaran maupun kegiatannya.





**Bagan 1.** Proses Manajemen Risiko Klinis  
(Sumber: Cahyono, 2008)

Berkaitan dengan **identifikasi risiko**, baik di rumah sakit maupun klinik, semestinya melakukan identifikasi terkait kemungkinan-kemungkinan yang bisa saja terjadi dan akan menimbulkan kerugian di suatu hari. Maka, hal yang dilakukan adalah mengidentifikasi risiko untuk dikelola sedemikian rupa sehingga dapat diantisipasi atau dicegah agar tidak terjadi.

Beberapa cara untuk mengidentifikasi risiko antara lain: mendapatkan data risiko klinis dan insiden medis dari pelaporan yang dikembangkan rumah sakit (laporan KTD), keluhan pasien, audit medis, hingga mengadakan survei dan mengolahnya menjadi data rumah sakit. Hal tersebut didapatkan dengan menanyakan kepuasan pasien atas pelayanan medis yang didapatkan (berbagai layanan seperti bagian UGD, farmasi, perawat, dokter hingga petugas kebersihan rumah sakit dan klinik).

Setelah identifikasi risiko dilakukan, maka langkah selanjutnya adalah melakukan **analisis risiko klinis**. Tujuannya adalah untuk memisahkan antara risiko klinis yang paling banyak terjadi, sering terjadi, hingga sangat jarang terjadi. Kemungkinan risiko-risiko itu disebut dengan risiko klinis minor apabila masih dapat diterima dan risiko klinis mayor

apabila tidak dapat diterima. (Selanjutnya pembahasan mengenai analisis matrik grading risiko akan dibahas subjudul berikutnya).

Penilaian risiko klinis dapat dinilai dengan formula :

$$\text{Grading risiko} = \text{frekuensi kejadian} \times \text{dampak risiko}$$

Peilaian Risiko Klinis

(Sumber: Cahyono, 2008)

Setelah melakukan analisis risiko klinis, maka langkah selanjutnya adalah **evaluasi risiko klinis**. Langkah ini dapat dilakukan dengan membandingkan grading risiko klinis yang ditemukan dengan kriteria yang ditetapkan di langkah pertama. Jadi, tingkat risiko yang ada untuk beberapa jenis *hazards* (bahaya risiko) dibuat tingkatan prioritas manajemennya. Jika tingkat risiko yang ditetapkan pada suatu kasus itu rendah, maka risiko tersebut dapat dimasukkan dalam kategori dapat diterima.

Tingkatan prioritas tersebut dapat menentukan apakah kasus tersebut perlu pemantauan khusus dan dapat diterima ataukah dialihkan karena risiko tidak dapat diterima berdasarkan kemampuan rumah sakit. Selanjutnya adalah **mengelola risiko klinis**. Caranya adalah memutuskan apakah risiko tersebut akan diterima atau ditransfer ke pihak lain (rumah sakit atau klinik lain). Jika diterima, pengelolaan risiko dapat berupa pembuatan strategi untuk melakukan reduksi atau meminimalisir kerugian atas risiko yang diterima.

Langkah selanjutnya adalah melakukan **monitoring dan mengkaji risiko** dengan melakukan perencanaan pengelolaan risiko, intervensi, penerapan strategi dan manajemen yang dipantau. Ini bertujuan agar organisasi (rumah sakit atau klinik) mampu mengendalikan penerapan MRK.

Terakhir, **komunikasi dan konsultasi** adalah bagaimana komunikasi serta konsultasi dengan *stakeholder* (pejabat rumah sakit, misalnya direktur atau manajemen), baik internal maupun eksternal. Hal ini dapat mendukung keberhasilan MRK itu sendiri. Misalnya, dukungan ini akan membuat *stakeholder* memahami pentingnya MRK dan sepaham dengan seluruh elemen rumah sakit dalam penerapan MRK.

Penerapan MRK di rumah sakit dapat dilakukan dengan memenuhi seluruh proses manajemen risiko. Mulai dari penerapan konteks, identifikasi risiko, analisis risiko hingga

melakukan komunikasi dan konsultasi dengan *stakeholder* rumah sakit. Dari penerapan MRK tersebut akan diketahui apakah kerugian semakin berkurang. Misalnya angka KTD pasien jatuh, telaah rekam medis pasien yang kembali opname dalam jangka waktu tertentu, ataupun risiko-risiko lain yang dapat diidentifikasi.

Sebagai contoh, Sugeng dkk (2014) memaparkan penerapan manajemen risiko di Rumah Sakit Islam Unisma Malang. Rumah sakit tersebut menerapkan manajemen pasien dengan risiko jatuh yang bertujuan untuk keselamatan pasien (*patient safety*). Penerapan MRK untuk pasien jatuh ini didasarkan pada data pasien jatuh yang menempati urutan keempat dari keseluruhan KTD yang terjadi. Artinya, KTD dalam bentuk pasien jatuh masih banyak terjadi di RSI Unisma Malang. Hal inilah yang melandasi RSI Unisma Malang menerapkan manajemen pasien dengan risiko jatuh. Semula RSI Unisma belum menerapkan kebijakan atau program tentang manajemen risiko pasien jatuh maupun standar prosedur operasional (SPO).

Usai diteliti dalam bentuk kajian tindak manajemen risiko, KTD berupa pasien jatuh mengalami penurunan yang signifikan. Kajian tersebut dimulai dari analisis akar masalah, penetapan solusi terpilih, hingga uji program. Penerapan manajemen pasien dengan risiko jatuh tersebut akan terlaksana dengan baik jika diterapkan *screening*, pemasangan gelang identitas risiko jatuh (gelang kuning), edukasi pasien dan keluarga, pengelolaan pasien risiko jatuh, penanganan pasien jatuh dan pelaporan insiden pasien jatuh oleh petugas kesehatan dan perawat.

## **2. Analisis Matrik Grading Risiko**

Penilaian matriks grading risiko adalah suatu metode analisis kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitasnya. Dampak yang dimaksud adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal (Tabel 1). Sementara itu, probabilitas adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi (Tabel 2).

Tingkat Risiko	Deskripsi	Dampak
1	Tidak signifikan	Tidak ada cedera
2	Minor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cedera ringan, misal luka lecet.</li> <li>Dapat diatasi dengan pertolongan pertama.</li> </ul>
3	Moderat	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cedera sedang misal luka robek.</li> <li>Berkurangnya fungsi motorik/ sensorik/ intelektual (reversible), tidak berhubungan dengan penyakit.</li> <li>Setiap kasus yang memperpanjang perawatan.</li> </ul>
4	Mayor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cedera luas/ berat, misal cacat, lumpuh.</li> <li>Kehilangan fungsi motorik/ sensorik/ intelektual (reversible), tidak berhubungan dengan penyakit.</li> </ul>
5	Katastropik	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit,

**Tabel 1.**Penilaian Dampak Klinis/ Konsekuensi (Sumber: KKPRS, 2015)

Tingkat Risiko	
1	Sangat jarang/ rare (>5 tahun/kali)
2	Jarang / unlikely (>2-5 tahun/kali)
3	Mungkin/ possible (1-2 tahun/kali)
4	Sering/ likely (beberapa kali/tahun)
5	Sangat sering/ almost certain (tiap minggu/bulan)

**Tabel 2.** Penilaian probabilitas/ frekuensi (Sumber: KKPRS, 2015)

Setelah nilai dampak dan probabilitas diketahui, dimasukkan tabel matriks grading risiko untuk menghitung skor risiko dan mencari warna bands risiko. Cara menghitung skor risiko adalah dengan mengalikan dampak dengan probabilitas. Cara menentukan skor risiko adalah dengan menggunakan tabel grading risiko (Tabel 3). Urutan-urutannya adalah sebagai berikut.

- Tetapkan frekuensi pada kolom kiri,
- tetapkan dampak pada baris ke arah kanan,
- tetapkan warna bandsnya, berdasar pertemuan frekuensi dan dampak.

Bands risiko adalah derajat risiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu biru, hijau, kuning dan merah. Warna bands akan menentukan langkah investigasi yang dilakukan (**Tabel 3**). Bands biru dan hijau investigasi sederhana, sementara bands kuning dan merah investigasi komprehensif atau menyeluruh.

Warna bands : Hasil pertemuan antara nilai dampak yang diurut ke bawah dan nilai probabilitas yang diurut ke samping kanan. Contohnya: ada pasien jatuh dari tempat tidur lalu meninggal. Kejadian ini terjadi di rumah sakit X. Terjadi 2 tahun yang lalu.

Nilai dampak : 5 (katastropik), karena pasien meninggal

Nilai probabilitas : 3 (mungkin terjadi), terjadi 2 tahun lalu

RISIKO :  $5 \times 3 = 15 \rightarrow$  Warna bands : merah (ekstrim)

Probabilitas	Tidak signifikan 1	Minor 2	Moderat 3	Mayor 4	Katastropik 5
Sangat sering terjadi (tiap minggu/bulan) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrem	Ekstrem
Sering terjadi (beberapa kali/tahun) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrem	Ekstrem
Mungkin terjadi (1-2 tahun sekali) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrem	Ekstrem
Jarang terjadi (>2-5 tahun sekali) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrem
Sangat jarang	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrem

terjadi (>5 tahun sekali) 1					
--------------------------------	--	--	--	--	--

**Tabel 3.** Matrik Grading Risiko (Sumber: KKPRS, 2015)

Jika telah dilakukan analisis risiko dan menghitung nilai risiko yang akan terjadi selanjutnya. Maka, langkah selanjutnya adalah mulai melakukan intervensi atau melakukan tindakan sesuai dengan tingkat risiko dan warna bands. Untuk mengetahuinya, lihat Tabel 4.

Level/ bands	Tindakan
Ekstreme (sangat tinggi)	Risiko ekstrim, dilakukan RCA (Root Cause Analysis/ analisis akar masalah) paling lama 45 hari, membutuhkan tindakan segera, perhatian sampai ke Direktur rumah sakit.
High (Tinggi)	Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari dengan detail dan perlu tindakan segera, perlu perhatian top manajemen.
Moderate (Sedang)	Risiko sedang, dilakukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu, manajer atau pimpinan klinis sebaiknya menilai dampak biaya dan kelola risiko.
Low (Rendah)	Risiko rendah, dilakukan investigasi sederhana paling lama 1 minggu diselesaikan dengan prosedur rutin.

**Tabel 4.** Tindakan sesuai tingkat dan bands risiko (Sumber: KKPRS, 2015)

## **BAB II**

### **KONSEP DASAR DAN PRINSIP *PATIENT SAFETY***

#### **A. DEFINISI *PATIENT SAFETY***

*Patient* diartikan pasien atau orang sakit, sementara *safety* berasal dari kata *safe* yang berarti aman atau juga memiliki arti keselamatan (Hartono, 2002). Pasien merupakan penerima jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit baik dalam keadaan sehat maupun sakit. UUD 1945 yang telah diamandemen secara jelas dalam pasal 28 H menyebutkan bahwa setiap warga negara berhak mendapat pelayanan kesehatan yang layak. Hak pasien sudah diatur dalam UU No 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, UU Perlindungan Konsumen, UU No 29 Tahun 2004 tentang praktik Kedokteran dan UU No 36 Tahun 2009 tentang kesehatan dan UU No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit (Priyoto, 2014).

Dari penjelasan di atas, dapat diketahui bahwa hak pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak memiliki payung hukum dan regulasi yang jelas. Artinya, tenaga kesehatan semestinya juga melakukan fungsi kerja yang maksimal demi keselamatan pasien itu sendiri. Jika pasien merasa tidak puas ataupun merasa terancam keselamatannya, terdapat regulasi yang akan dihadapi oleh penyedia layanan kesehatan beserta seluruh elemen di dalamnya (dokter, perawat, dan sebagainya).

Hak-hak pasien tersebut sudah semestinya dipenuhi oleh penyedia layanan kesehatan. Untuk itu, petugas kesehatan berkewajiban membantu. Lebih jauh, tentunya dorongan kemanusiaan akan menjadi pendukung yang tak kalah penting dalam menolong pasien. Apalagi jika pasien tersebut benar-benar membutuhkan bantuan dalam hal layanan kesehatan. Misalnya pasien pengidap penyakit tertentu yang sudah memiliki beban ganda yakni, kesakitan karena penyakitnya dan biaya yang harus dikeluarkan.

*Patient safety* rumah sakit adalah suatu sistem di mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman (Priyoto, 2014). Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem di mana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat

melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil suatu tindakan yang seharusnya diambil (Kemenkes, 2011).

*Patient safety* berarti keselamatan pasien, di mana keselamatan pasien merupakan acuan dan prinsip utama dalam proses pelayanan kesehatan di sebuah lembaga penyedia kesehatan. Setiap rumah sakit diharuskan memiliki manajemen *patient safety* demi menjamin keselamatan dan keamanan bagi pasien yang mendapatkan layanan kesehatan. Artinya, rumah sakit atau penyedia layanan kesehatan beserta tenaga kesehatan di dalamnya semestinya memberikan pelayanan medis yang bermutu, prima, dan maksimal sehingga tercipta keselamatan bagi pasien.

Selain memiliki sudut pandang melayani, pihak penyedia layanan kesehatan juga hendaknya bertujuan utama menolong. Memberikan pertolongan bagi pasien terhadap sakit yang dideritanya haruslah dilakukan oleh seluruh petugas kesehatan. Sebab, hakikat dari pekerjaan petugas medis adalah memberikan pertolongan medis. Pertolongan medis yang diberikan pun harus tuntas, diberikan secara berkesinambungan, kontinyu, dan diberikan selagi masih dibutuhkan. Kontinyu berarti pertolongan harus diberikan secara terus-menerus hingga seluruh kebutuhan kesehatan pasien terpenuhi.

## **B. KOMPONEN DAN LANGKAH-LANGKAH *PATIENT SAFETY***

### **1. Komponen *Patient Safety***

Menurut Raj Behal (dalam Cahyono, 2018), kebijakan saja tidak mungkin diharapkan untuk dapat mendorong suatu perubahan menuju budaya keselamatan pasien. Kalau yang diharapkan rumah sakit hanya adanya pelaporan insiden dan KTD yang meningkat, maka cukup dilakukan pendekatan transaksional. Artinya, pendekatan yang ditempuh melalui pembentukan yang sifatnya transaksional, dari struktur organisasi, kebijakan, adanya prosedur baru ataupun sistem pelaporan berbasis elektronik.

Namun menurutnya, pendekatan transaksional ini tidak cukup dan tidak mampu menyentuh esensi dari keselamatan pasien. Sebab, pendekatan transaksional tidak bisa mengatasi adanya masalah dan resistensi dalam organisasi. Dalam hal ini, masih dibutuhkan pendekatan transformasional, yakni kepemimpinan, misi, strategi serta budaya organisasi. Maka, Burke dan Litwin (dalam Cahyono, 2008) menyatakan bahwa dalam mewujudkan keselamatan pasien diharuskan adanya kombinasi antara pendekatan



transaksional dan pendekatan transformasional. Kombinasi antarpendekatan tersebut antara lain:

**a. Lingkungan Eksternal**

Lingkungan di luar rumah sakit atau penyedia layanan kesehatan memberi pengaruh yang cukup signifikan untuk merubah orientasi organisasi. Dalam konteks organisasi kesehatan atau penyedia layanan kesehatan, tekanan yang berasal dari lingkungan luar dapat berasal dari berbagai hal. Misalnya, kompetisi antar-rumah sakit, aturan kebijakan penerapan mutu layanan kesehatan hingga tuntutan medikolegal hingga respon pelanggan secara umum. Maka, faktor eksternal tentu berpengaruh terhadap orientasi organisasi kesehatan.

**b. Kepemimpinan**

Pemimpin memiliki andil penting dalam memegang kunci perubahan, sebab ia bertanggungjawab memimpin perubahan. Untuk itu, pemimpin memiliki tugas yang cukup berat untuk membangun visi misi organisasi, mengkomunikasikan ide pembangunan, kebijakan atau strategi menuju perubahan yang lebih baik, khususnya dalam penerapan keselamatan pasien. Tanpa pemimpin yang kuat, tanggap pada isu keselamatan pasien dan berani mengambil kebijakan, keselamatan pasien hanyalah mitos.

**c. Budaya Organisasi**

Hal terpenting dari elemen ini adalah bagaimana budaya keselamatan pasien lekat dengan budaya organisasi. Artinya, bagaimana mengubah budaya keselamatan pasien dari *blaming culture* (budaya menyalahkan) menjadi *safety culture* (budaya keselamatan) merupakan kunci dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dari segi keorganisasian.

**d. Praktik Manajemen**

Rumah sakit merupakan sistem yang tentunya saling berkaitan, baik antar-unit, antar-staf dan antar-manajemen. Maka, hal yang penting demi mewujudkan keselamatan pasien adalah dengan menjalankan manajemen sebaik mungkin. Manajemen tersebut mencakup perencanaan, pendanaan, organisasi, penyusunan staf, pemecahan masalah, analisis hingga evaluasi. Pihak manajemen di semua tingkatan harus saling bekerjasama untuk bertanggungjawab menjalankan kebijakan dan prosedur yang disepakati bersama

di tingkat unit layanan masing-masing. Misalnya, manajer keperawatan bertanggungjawab atas keselamatan pasien berkenaan dengan tugas keperawatan. Manajer penunjang medis, bertanggungjawab atas keselamatan pasien berkaitan dengan unit penunjang medis dan sebagainya.

**e. Struktur dan Sistem**

Sebagaimana dijelaskan di permulaan, bahwa setiap organisasi kesehatan memerlukan tim khusus yang menangani tentang keselamatan pasien. Begitu juga di rumah sakit. Biasanya di rumah sakit dibentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit dengan berbagai kelompok kerja di dalamnya (misal kelompok kerja transfusi, kelompok kerja kesalahan obat, kelompok kerja infeksi nosokomial dan sebagainya).

Perancangan sistem ini didasarkan pada tiga prinsip, yakni (1) mendesain sistem agar setiap kesalahan dapat terlihat (*making errors visible*), (2) merancang sistem agar efek kesalahan berkurang (*mitigating the effect errors*), dan (3) merancang sistem agar tidak terjadi kesalahan (*error prevention*).

**f. Tugas dan Keterampilan Individu**

Sesuai dengan perkembangan zaman, terkadang akan ada petugas medis yang kurang pengetahuan dan keterampilan sebab kurang *update* ilmu pengetahuannya. Ada pula staf yang peduli pada keselamatan pasien tapi tidak tahu apa yang harus diperbuat (misalnya yang non-medis). Berdasarkan kenyataan ini, diperlukan *update* ilmu dan keterampilan serta informasi kemampuan dasar keselamatan pasien pada staf non-medis. Misalnya apa yang harus diperbuat saat menemukan pasien jatuh atau pasien pingsan.

**g. Lingkungan Kerja, Kebutuhan Individu, dan Motivasi**

Lingkungan tempat kita bekerja tentu mempengaruhi motivasi masing-masing individu dalam implementasi keselamatan pasien. Misalnya lingkungan kerja membuat sistem yang dapat meminimalisir kebingungan atau keraguan petugas medis dalam tindakan terhadap pasien, beban kerja yang sesuai, alih tugas yang jelas, dan berbagai aspek lain yang mempengaruhi kebutuhan individu dan motivasi dalam ikut meningkatkan keselamatan pasien.

**2. Langkah-Langkah *Patient Safety* di Rumah Sakit**

Pada 2001, *The National Patient safety Agency* (NPSA) menerbitkan tujuh langkah keselamatan pasien yang penting menjadi perhatian. Tujuannya adalah demi membantu

penerapan program keselamatan pasien di tingkat institusi layanan kesehatan, termasuk rumah sakit (Cahyono, 2008). Tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit adalah panduan yang komprehensif menuju keselamatan pasien. Setiap rumah sakit harus menerapkan dan melaksanakan tujuh langkah keselamatan pasien ini agar dapat mewujudkan keselamatan bagi pasien.

Dalam pelaksanaannya, tujuh langkah tersebut tidak harus berurutan dan tidak harus serentak, tapi bagaimana agar rumah sakit memilih langkah-langkah paling strategis dan paling mudah dilaksanakan di rumah sakit. Bila langkah-langkah tersebut telah berhasil, baru dikembangkan ke langkah yang lain. Jika tujuh langkah telah dilaksanakan, maka rumah sakit bisa menambah metode lain demi meningkatkan keselamatan pasien (Kemenkes, 2011).

Tujuh langkah menuju keselamatan pasien tersebut antara lain:

**a. Langkah 1: Membangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien**

Setiap organisasi kesehatan memiliki budaya organisasi. Budaya organisasi adalah suatu sistem terkait dengan nilai, keyakinan, etika, adat, kebiasaan bersama dalam sebuah organisasi yang berinteraksi dengan struktur formal untuk menghasilkan sebuah norma perilaku dalam organisasi tersebut. Jelasnya, budaya organisasi memiliki sejumlah unsur diantaranya: (1) nilai-nilai atau keyakinan (*corevalue*), (2) yang berfungsi sebagai perekat organisasi, (3) yang berfungsi sebagai dasar membentuk perilaku individu dalam organisasi, (4) dalam rangka mencapai visi misi organisasi. Nilai-nilai (*core value*) yang dimaksud adalah:

- Melaporkan dan membahas kesalahan medis, kesalahan lain maupun KTD tanpa bersikap menyalahkan.
- Bekerja dalam *teamwork* dan saling bekerjasama demi visi misi institusi.
- Senantiasa melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan klinis (*kemitraan/partnership*).
- Memandang suatu kesalahan dalam kerangka sistem.
- Melakukan asesmen dengan survei penilaian keselamatan pasien.
- Berani melakukan *medical error disclosure* (penyingkapan kesalahan pengobatan), sesuai dengan situasi dan kondisi.

## **b. Langkah 2: Pimpinan dan Dukungan Terhadap Staf**

Pimpinan merupakan pemegang kunci perubahan. Pimpinan juga memegang posisi yang sangat menentukan arah kebijakan sebuah institusi, termasuk rumah sakit. Untuk itu, pimpinan sudah semestinya bertanggungjawab atas perubahan menuju arah yang lebih baik, termasuk dalam hal peningkatan keselamatan pasien. Pimpinan atau direktur institusi akan dibantu oleh sejumlah manajerial yang membawahi bidang masing-masing. Misalnya, manajer keperawatan akan membawahi dan mengkoordinir bidang keperawatan dan sebagainya. Maka, pimpinan dan jajaran manajerial semestinya bertanggungjawab terhadap sejumlah hal diantaranya:

- Menetapkan visi misi rumah sakit dan tujuan rumah sakit dalam upaya peningkatan keselamatan pasien.
- Membuat dan menetapkan kebijakan dan pedoman program keselamatan pasien.
- Membuat struktur organisasi Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit dengan kelompok kerja masing-masing.
- Membuat rancangan serta alokasi dana, sarana, prasarana dan SDM dalam rangka menciptakan keselamatan pasien.
- Mengagendakan rapat dan pembahasan mengenai keselamatan pasien dalam setiap pertemuan baik direksi maupun dalam unit pelayanan.
- Memaksimalkan agar tenaga medis, paramedis dan seluruh karyawan mendapatkan edukasi berkaitan dengan keselamatan pasien.
- Menjamin terselenggaranya sistem pelaporan dan pembahasan kasus insiden secara teratur.
- Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap unit kerja, unit pelayanan dan seluruh SDM.
- Memasukkan materi dan program keselamatan pasien pada orientasi karyawan baru.
- Mengirim sejumlah tenaga medis (dokter, perawat) sebagai perwakilan untuk mempelajari dan mendalami aspek teknis dan manajemen program keselamatan pasien untuk kemudian disebarkan informasinya pada yang lain.
- Mengkoordinasi antar unit pelayanan dan monitoring secara keseluruhan serta perbaikan-perbaikan demi mencapai keselamatan pasien yang maksimal.

- Menyediakan sarana pendukung, teknologi dan sejenisnya yang mendukung ketercapaian keselamatan pasien dan pengurangan KTD sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan institusi.

**c. Langkah 3: Integrasi Aktivitas Manajemen Risiko**

Manajemen Risiko Klinis (MRK) sebagaimana dijelaskan di awal pembahasan (bab 1), sangat penting dilakukan. MRK diartikan sebagai upaya manajerial untuk melakukan identifikasi kesalahan yang terjadi selama asuhan pasien. MRK juga bertujuan untuk mencari mengapa insiden tersebut bisa terjadi, mempelajarinya agar insiden tersebut tidak terjadi atau terulang kembali. Tujuan MRK adalah untuk meminimalisir terjadinya KTD dan *nearmisses* (Kejadian Nyaris Cedera) pada pasien.

Apabila tidak terjadi kesalahan medis, maka otomatis akan mengurangi kemungkinan klaim dan mengendalikan biaya klaim yang menjadi beban bagi rumah sakit atau penyedia layanan. MRK dimulai dari proses identifikasi, penilaian, analisis dan pengelolaan semua risiko yang berpotensi menyebabkan kerugian. Penelitian pun membuktikan bahwa MRK dapat mengurangi dan meminimalisir terjadinya KTD.

**d. Langkah 4: Membangun Sistem Pelaporan**

Pentingnya manajemen laporan dapat diidentifikasi dari masuknya sistem pelaporan ini dalam salah satu langkah keselamatan pasien. Artinya, pelaporan dan sistem pelaporan dinilai sebagai salah satu faktor penting dalam upaya membangun keselamatan pasien. Semestinya, sistem pelaporan bersifat ideal. Sistem tersebut seharusnya tidak menghukum, tidak menyalahkan (*blaming*), konfidensial, tepat waktu, dianalisis oleh ahlinya dan berorientasi pada sistem. Hasil dari pelaporan inilah yang nantinya dapat dimanfaatkan sebagai evaluasi dan pembelajaran, menentukan skala prioritas pemecahan masalah, monitoring dan evaluasi kegagalan atau keberhasilan program keselamatan pasien.

**e. Langkah 5: Melibatkan dan Berkomunikasi dengan Pasien dan Publik**

Komunikasi yang efektif perlu terjalin antara dokter, perawat ataupun petugas medis lainnya dengan pasien. Sebab, komunikasi yang efektif akan mendatangkan sejumlah manfaat. *Pertama*, komunikasi efektif dapat mengoptimalkan proses penemuan diagnosis penyakit dan terapi. *Kedua*, komunikasi efektif dapat menjembatani

kesenjangan antara pengetahuan dokter, perawat dan paramedis dengan pasien dalam rangka pengambilan keputusan medis bersama.

*Ketiga*, komunikasi efektif penting digunakan untuk membangun kepercayaan pasien pada tenaga medis. *Keempat*, mengurangi risiko tuntutan medikolegal. Komunikasi yang efektif ini juga harus senantiasa dikembangkan mengingat miss komunikasi bisa menyebabkan hal-hal yang fatal terjadi. Penggunaan istilah medis juga harus benar-benar dijelaskan dengan bahasa yang mudah saat pengambilan tindakan medis (dengan pasien ataupun keluarga pasien). Petugas medis juga sudah semestinya mempersilakan pasien atau keluarga untuk bertanya tentang apa yang tidak diketahui terkait tindakan yang dilakukan tenaga medis.

**f. Langkah 6: Belajar dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien**

Salah satu kelemahan dalam dunia kesehatan baik dalam skala institusi maupun personal adalah memandang bahwa terjadinya kesalahan atau KTD adalah karena kesalahan individu semata, bukan kesalahan sistem. Maka, seringkali ketika terjadi KTD atau hal lain yang tidak diinginkan, mereka hanya mencari siapa yang salah bukan bertanya mengapa bisa terjadi kesalahan dan bagaimana bisa terjadi masalah. Pendekatan analisis akar masalah (*root cause analysis/RCA*) dalam rangka mencari penyebab masalah tidak digunakan. Hanya bisa menyalahkan (*blaming*) tanpa mencari akar masalah yang sebenarnya ada.

Analisis akar masalah merupakan investigasi terstruktur yang bertujuan melakukan identifikasi penyebab masalah dasar dan untuk menentukan tindakan agar kejadian yang sama tidak terulang lagi. Dalam rangka pendekatan yang reaktif, maka setiap insiden medis terutama yang berat, sering terjadi, atau memberi dampak finansial tinggi perlu dianalisis menggunakan RCA. Sementara untuk pendekatan proaktif, perlu diterapkan metode *failure mode and effect analysis* (FMEA). Kedua penerapan ini terbukti efektif mencegah dan mengurangi KTD.

**g. Langkah 7: Implementasi Solusi untuk Mencegah Kerugian**

Peningkatan keselamatan pasien harus dilakukan secara optimal. Pengembangan sistem mencegah dan mengurangi kerugian, prinsip pengembangan sistem tersebut terdiri atas tiga hal, yakni (1) bagaimana mendesain sistem agar setiap kesalahan dapat dilihat (*making errors visible*), (2) bagaimana merancang sistem agar efek kesalahan

dapat dikurangi (*mitigating the effect errors*), dan (3) bagaimana merancang sistem agar tidak terjadi kesalahan (*error prevention*). Upaya yang ditempuh adalah melakukan standarisasi prosedur, akreditasi, pengembangan SDM dan menciptakan lingkungan kerja yang kondusif (Cahyono, 2008).

### **C. SASARAN PATIENT SAFETY**

Sasaran pasien merupakan syarat yang harus diterapkan di semua rumah sakit yang telah terakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Penyusunan sasaran ini mengacu pada *Nine Life-Saving Patient safety Solution* dari WHO *Patient Safety* 2007, yang juga digunakan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI) dan dari *Joint Comission International* (JCI). Maksud dari sasaran keselamatan pasien adalah untuk mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien mencakup enam sasaran (Kemenkes, 2011), yakni:

#### **1. Ketepatan Identifikasi Pasien**

Sasaran pertama ini adalah hal pertama yang penting diperhatikan seluruh tenaga medis. Identifikasi pasien haruslah tepat. Sebab, kesalahan dalam proses identifikasi pasien bisa saja terjadi, baik saat diagnosis maupun pengobatan. Kesalahan identifikasi ini bisa terjadi saat pasien sedang terbius, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat, pindah kamar atau faktor lain. Maka, identifikasi pasien ini dilakukan dalam dua kali pengecekan. *Pertama*, identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan/pengobatan. *Kedua*, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Ada sedikitnya dua identitas pasien yang harus diidentifikasi, diantaranya nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas, pasien dengan bar-code, dan sebagainya. Nomor kamar pasien dan lokasi tidak bisa digunakan dalam proses identifikasi pasien ini. Elemen penilaian sasaran identifikasi pasien ini meliputi:

- a. Pasien diidentifikasi dengan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar dan lokasi;
- 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 atau prosedur; serta

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

Identifikasi pasien menjadi hal yang harus dipenuhi dan menjadi sasaran penting dalam *patient safety*. Sebab, tidak bisa dibayangkan jika petugas medis, perawat ataupun dokter melakukan kesalahan pengobatan dan prosedur medis pada pasien yang sebenarnya tidak membutuhkan tindakan itu. Misalnya, jika dalam praktiknya pindah kamar, memiliki nama yang sama atau hal-hal lain yang bisa memungkinkan terjadinya kesalahan identifikasi. Kesalahan identifikasi pasien bisa jadi akan menimbulkan sesuatu yang fatal, seperti adanya cedera medis ringan, sedang berat atau bahkan kehilangan nyawa. Maka, sasaran ini sangatlah penting dipenuhi.

## **2. Peningkatan Komunikasi yang Efektif**

Penggunaan komunikasi dan pemberian informasi yang efektif, efisien, akurat, lengkap, jelas dan dipahami oleh pasien akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat dilakukan melalui berbagai macam media, baik lisan, tulisan, maupun melalui media elektronik. Kesalahan terbanyak di dunia medis dalam komunikasi adalah komunikasi yang dilakukan secara lisan ataupun melalui telepon. Maka, suatu perintah medis (misalnya dari dokter ke perawat) memerlukan pencatatan kembali (di komputer). Setelah itu, diperlukan pemeriksaan kembali (*read back*) apakah perintah medis tersebut telah tepat adalah salah satu langkah tepat.

Sejumlah elemen yang harus dipenuhi dalam sasaran komunikasi yang efektif adalah sebagai berikut.

- a. Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan 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.
- d. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.



### 3. Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai

Selain mendapatkan pelayanan kesehatan berupa tindakan dan perawatan, sejumlah pasien juga tidak akan lepas dari pemberian obat. Hal yang penting diperhatikan oleh petugas medis adalah kehati-hatian jika rencana pengobatan pasien juga mengharuskan adanya konsumsi obat-obatan. Maka, dalam manajemen *patient safety*, rumah sakit harus mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert*). Hal tersebut bertujuan tidak lain untuk menjaga komitmen rumah sakit dalam tanggungjawab keselamatan pasien.

Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadinya kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip, kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/ NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/ LASA*).

Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien misalnya pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya kalium klorida 2meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat 0,9 % dan magnesium sulfat sama =50% atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa saja terjadi jika perawat tidak mendapatkan orientasi yang baik di unit pelayanan pasien atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan sebelum ditugaskan atau dalam keadaan gawat darurat (Kemenkes, 2011). Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai ini tentunya melibatkan keutamaan profesionalitas tenaga perawat.

Langkah peningkatan keamanan obat *high alert* ini dapat dilakukan dengan mengembangkan kebijakan atau prosedur untuk membuat daftar-daftar obat apa saja yang perlu diwaspadai. Salah satunya misalnya dengan memindahkan cairan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke bagian farmasi atau kemudian hanya menempatkan cairan ini di area yang membutuhkan dengan tujuan mencegah pemberian yang kurang hati-hati atau tidak sengaja yang dapat mengancam keselamatan pasien.

### 4. Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien Operasi

Kendati seluruh proses tindakan-pengobatan pasien sudah menjadi aktivitas rutin bukan lantas membuat tidak adanya kesalahan sama sekali dalam penanganan pasien, termasuk kesalahan lokasi, prosedur ataupun salah operasi. Salah lokasi, salah prosedur dan pasien-

salah pada operasi adalah kejadian mengkhawatirkan yang tidak jarang terjadi di rumah sakit. Tentunya, kesalahan ini bermula dari banyak faktor. Bisa disebabkan tidak adanya komunikasi yang efektif antar tim medis, tidak adanya penelaahan ulang catatan medis, tidak melibatkan pasien dalam penandaan lokasi yang akan dioperasi (*site marking*), pemakaian singkatan untuk instruksi tindakan ataupun permasalahan yang berhubungan dengan tidak terbacanya tulisan (*illegible handwriting*).

Rumah sakit juga perlu menerapkan verifikasi praoperatif, khususnya dalam tindakan operasi pada semua kasus. Penandaan lokasi operasi juga harus ada sampai akan dilakukan operasi dan dibuat oleh tim operasi atau orang yang akan melakukan tindakan medis. Penandaan lokasi operasi dilakukan di semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multiple struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau *multivel level* (tulang belakang).

Verifikasi pra-operatif juga penting dilakukan dengan sejumlah langkah diantaranya memverifikasi lokasi, prosedur dan pasien yang benar, memastikan semua dokumen maupun foto dipampang dan relevan serta verifikasi ketersediaan alat-alat yang diperlukan dalam tindakan sebelum melangsungkan operasi. Jangan sampai, ketika tengah atau sudah melakukan operasi, di tengah jalan diketahui bahwa pasien tertukar, salah atau adanya kesalahan lainnya. Sebab, hal tersebut tentu fatal. Tidak boleh terjadi pula di tengah jalannya operasi ternyata penandaan lokasi operasi salah, alat dan kebutuhan operasi tidak tersedia ataupun kesalahan-kesalahan lainnya.

Rumah sakit juga semestinya menerapkan tahapan sebelum insisi (*time out*) dimana dalam tahap itu dimungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. *Time out* dilakukan di tempat dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum memulai tindakan dimulai yang melibatkan seluruh tim operasi. Misalnya, kebijakan ini direalisasikan dengan adanya checklist sebelum operasi yang harus diidentifikasi dan dicek satu persatu dalam sebuah tim operasi sebelum operasi dilakukan.

## **5. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan**

Pencegahan dan pengendalian infeksi adalah tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan. Peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien ataupun profesional layanan kesehatan. Sebab, infeksi biasanya dijumpai dalam seluruh bentuk pelayanan kesehatan. Termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream*

*infection*) dan *pneumonia* yang seringkali dihubungkan dengan ventilasi mekanis yang tidak memenuhi standar (Kemenkes, 2011).

Maka, sebagai solusi utama dan eliminasi segala macam infeksi di rumah sakit adalah kebijakan mengenai cuci tangan (*hand hygiene*). Praktik cuci tangan pun harus dilakukan petugas medis, seluruh elemen rumah sakit dan pasien rumah sakit dengan tepat. Pedoman *hand hygiene* biasanya didapatkan di perpustakaan WHO. Setiap rumah sakit juga bisa mengembangkan kebijakan cuci tangan ini dengan dukungan nyata. Misalnya menempatkan sarana cuci tangan baik wastafel berikutan sabun cuci tangan hingga meletakkan cairan berbasis alkohol (antiseptik) di setiap sudut ruangan yang dinilai dibutuhkan.

## **6. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh**

Kasus pasien jatuh di rumah sakit dapat dinilai sebagai kejadian yang cukup berat dan memukul sebagai cedera bagi pasien rawat inap. Untuk itu, rumah sakit harus melaksanakan evaluasi secara aktif untuk mengidentifikasi apa saja faktor yang membuat pasien bisa saja jatuh. Misalnya faktor kebersihan rumah sakit atau kesalahan teknis petugas di rumah sakit. Evaluasi juga termasuk melihat riwayat penyakit pasien, obat yang diberikan, gaya jalan hingga pada alat bantu jalan yang digunakan pasien tersebut. Setelah diidentifikasi dan dievaluasi, bisa diterapkan kebijakan demi pencegahan kasus pasien jatuh di rumah sakit.

Keenam sasaran *patient safety* diatas adalah pedoman bagi instansi penyedia layanan kesehatan khususnya rumah sakit yang harus diterapkan dalam kebijakan demi terciptanya keselamatan pasien. Pelaksanaan sasaran keselamatan pasien ini juga telah disepakati sebagai acuan keselamatan pasien yang senantiasa dievaluasi. Bukan hanya evaluasi, keenamnya juga harus diterapkan berkaitan dengan penilaian standar keselamatan pasien (SKP) yang biasanya disebut dengan akreditasi rumah sakit. Pelaksanaan akreditasi dilakukan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Maka, seluruh rumah sakit di Indonesiapun diwajibkan menepati enam sasaran tersebut demi terwujudnya keselamatan pasien.

#### **D. MANAJEMEN *PATIENT SAFETY***

Manajemen *patient safety* tak lain adalah suatu kebijakan maupun pengaturan yang dilakukan oleh sebuah penyedia layanan kesehatan demi terciptanya keselamatan pasien. Setiap penyedia layanan kesehatan tentunya harus melaksanakan manajemen *patient safety* ini. Tanpa adanya pelaksanaan *patient safety*, terkadang keselamatan pasien belum menjadi hal yang diutamakan. Terkadang, petugas medis seolah terjebak pada rutinitas kerja semata sehingga kepekaan terhadap pentingnya keselamatan jiwa manusia terasa bukanlah hal yang utama. Seolah-olah jiwa, keselamatan dan kesehatan begitu biasa, lumrah dan tidak begitu berarti. Maka, *patient safety* dan keinginan meningkatkan pelayanan kesehatan sebaik-baiknya seharusnya juga menjadi fokus utama seorang petugas medis.

Manajemen *patient safety* juga dapat menjadi solusi untuk mencegah dan meminimalisir adanya risiko cedera medis pada pasien. Secara tidak langsung, jika kasus cedera berkurang, maka rumah sakit juga akan menjadi salah satu institusi yang kredibel dan dipercaya masyarakat. Keutungan lainnya adalah bagaimana antisipasi yang dilakukan akan membuat kemungkinan klaim secara finansial juga akan berkurang pada rumah sakit. Otomatis, pengeluaran demi memenuhi klaim atau laporan buruk dari pasien pun akan berkurang. Selanjutnya, pelaksanaan dan penerapan manajemen *patient safety* juga bertujuan untuk terus meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di setiap lembaga penyedia layanan kesehatan. Ini artinya, manajemen *patient safety* butuh dilakukan demi peningkatan kualitas layanan.

Bagaimanapun, keselamatan pasien dan kualitas pelayanan suatu lembaga penyedia layanan kesehatan adalah hal utama. Untuk itulah, setiap elemen di sebuah sistem lembaga kesehatan hendaknya berkomitmen untuk terus meningkatkan keunggulan penyediaan layanan kesehatan. Untuk itu, ada sejumlah gambaran pelaksanaan dan langkah-langkah manajemen *patient safety* di sejumlah instansi kesehatan. Diantaranya adalah sebagai berikut:

##### **1. Pelaksanaan Manajemen *Patient Safety* di Rumah Sakit**

- a. Pembentukan Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS). Susunan organisasi dari Tim KPRS diketuai oleh seorang dokter. Sementara anggotanya berasal dari dokter, dokter gigi, perawat, tenaga kefarmasian, tenaga laboratorium dan tenaga kesehatan lainnya.
- b. Semestinya rumah sakit mengembangkan sistem informasi pencatatan dan pelaporan internal tentang insiden.

- c. Rumah sakit semestinya melakukan pelaporan insiden ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) secara rahasia.
- d. Rumah sakit agar memenuhi standar keselamatan pasien rumah sakit dan menerapkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit.
- e. Rumah sakit pendidik mengembangkan standar layanan media berdasarkan hasil dari analisis akar masalah dan sebagai tempat pelatihan standar-standar yang baru dikembangkan.

## **2. Pelaksanaan Manajemen di Kabupaten/Kota**

Manajemen *patient safety* perlu dilakukan di setiap lembaga penyedia layanan kesehatan, baik di tingkat provinsi, kabupaten maupun kota. Pelaksanaan *patient safety* di tingkatan ini antara lain:

- a. Melakukan advokasi program keselamatan pasien ke rumah sakit- rumah sakit di wilayahnya.
- b. Melakukan advokasi ke pemerintah daerah agar tersedianya dukungan anggaran terkait program keselamatan pasien rumah sakit.
- c. Melakukan pembinaan pelaksanaan program keselamatan pasien di rumah sakit.

## **3. Pelaksanaan Manajemen *Patient Safety* di Puskesmas**

Puskemas merupakan sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama yang dalam pelayanannya kepada masyarakat sangat berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat. Khususnya bagi masyarakat setempat dengan cakupan wilayah yang ditentukan. Sebagai penyedia layanan tingkat pertama, puskesmas tentunya menjadi salah satu layanan penyedia kesehatan yang sangat dekat dengan masyarakat. Bukan hanya rumah sakit, semestinya puskesmas pun memiliki manajemen *patient safety*, guna menjamin keselamatan pasien dan menghindari adanya hal-hal yang tidak diinginkan.

Keselamatan pasien di puskesmas adalah suatu sistem di mana puskesmas membuat asuhan pasien lebih aman. Asuhan tersebut meliputi pengurangan risiko terjadinya kecelakaan yang terjadi pada pasien selama dirawat di suatu rumah sakit. Tindakan itu dapat dimulai dengan identifikasi dan praktik manajemen risiko, membuat sistem pencatatan dan pelaporan terjadinya insiden di puskesmas. Melakukan analisis insiden lalu sebagai tindak lanjut adalah dengan menerapkan solusi yang telah dibicarakan di tingkatan manajemen keselamatan pasien di puskesmas. Rangkaian kegiatan tersebut bertujuan untuk

mencegah terjadinya hal-hal buruk terulang sehingga dapat mengancam jiwa dan keselamatan pasien di puskesmas. Langkah-langkah yang harus diperhatikan adalah sebagai berikut.

a. Kesehatan Ibu dan Anak

Bertujuan untuk mengetahui *mortality* atau kematian dan sakit atau *morbidity* di kalangan ibu. Ditujukan bagi program untuk menjaga ibu dan anak saat hamil, saat bersalin dan menyusui.

b. Keluarga Berencana

Bertujuan menurunkan angka kelahiran dan meningkatkan kesehatan ibu sehingga terbentuk Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sederhana/ NKKBS.

c. Pemberantasan Penyakit Menular

Bertujuan untuk menemukan kasus penyakit menular sedini mungkin dan mengurangi berbagai risiko lingkungan masyarakat yang memudahkan terjadinya suatu penyakit menular.

d. Peningkatan Gizi

Bertujuan untuk meningkatkan status gizi masyarakat melalui pemantauan status gizi, terutama bagi kelompok yang risiko tinggi, seperti ibu hamil dan balita.

e. Kesehatan Lingkungan

Bertujuan menanggulangi dan menghilangkan unsur fisik pada lingkungan sehingga faktor lingkungan yang tidak sehat tidak menjadi faktor risiko timbulnya penyakit di lingkungan.

f. Pengobatan

Bertujuan memberi pengobatan dan perawatan di puskesmas.

g. Penyuluhan Kesehatan Masyarakat

Bertujuan meningkatkan kesadaran penduduk akan nilai kesehatan agar menuju hidup sehat.

h. Laboratorium

Bertujuan memeriksa spesimen dari darah, sputum (dahak), feses, urin, dan sebagainya untuk membantu menegakkan diagnosis penyakit.

i. Kesehatan Sekolah

Bertujuan meningkatkan derajat kesehatan di lingkungan sekolah.

j. Perawatan Kesehatan Masyarakat

Bertujuan memberikan pelayanan perawatan yang menyeluruh, membantu keluarga mengenal kebutuhannya sendiri, menunjang program lain.

k. Kesehatan Jiwa

Bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan jiwa masyarakat.

l. Kesehatan Gigi

Bertujuan untuk menghilangkan dan mengurangi gangguan gigi dan memberikan presentasi kepada masyarakat tentang pentingnya kesehatan gigi.

## **E. STANDAR *PATIENT SAFETY***

Standar adalah sesuatu yang bisa menjadi acuan. Sementara standar *patient safety* merupakan acuan bagi rumah sakit di Indonesia dalam melaksanakan seluruh kegiatannya. Dalam hal ini adalah proses pelayanan kesehatan. Standar keselamatan ini bukanlah sesuatu yang bisa diabaikan. Setiap penyedia layanan kesehatan, khususnya rumah sakit harus memenuhi standar *patient safety*. Penilaian berkaitan dengan standar juga akan dilakukan secara terus menerus untuk mengetahui kemampuan rumah sakit dalam komitmen menjaga keselamatan pasien.

Tujuh standar *patient safety* ini mengacu pada *Hospital Patient Safety Standards* yang dikeluarkan oleh *Joint Commision on Accreditation of Health Organizations Illionis, USA, 2002* (Kemenkes, 2011). Sementara itu, Priyoto (2014) menjelaskan bahwa tujuh standar keselamatan *patient safety* tersebut harus keseluruhan ditepati sebuah penyedia layanan kesehatan. Bahkan dikategorikan sebagai kebutuhan dasar keselamatan pasien. Tujuh standar *patient safety* tersebut antara lain:

### **1. Hak Pasien**

Pasien selaku penerima layanan kesehatan berhak mendapatkan sejumlah hak dalam proses pelayanan kesehatan. Baik itu di rumah sakit, puskesmas, klinik maupun penyedia layanan kesehatan lain. Pasien dan keluarganya pun mempunyai hak pula untuk mendapatkan informasi berkaitan dengan rencana praktik medis, hasil layanan serta termasuk kemungkinan terjadinya insiden dan risiko medis. Maka, unsur-unsur pemenuhan hak pasien dan keluarga tersebut biasanya diatur dalam kebijakan masing-masing rumah sakit. Biasanya, edukasi terkait hak pasien dan keluarga juga dilakukan. Misalnya dengan menginformasikan hak pasien melalui *leaflet* rumah sakit, brosur, *standing banner* maupun

papan laminasi yang diletakkan di bagian informasi maupun ditempel di sejumlah dinding rumah sakit. Ada sejumlah indikasi dan kriteria mengenai pemenuhan hak pasien.

- a. Diharuskan ada dokter yang bertanggungjawab atas pasien terkait.
- b. Dokter tersebut harus membuat rencana pelayanan pada pasien yang bersangkutan.
- c. Dokter penanggungjawab tersebut semestinya memberikan penjelasan secara jelas dan benar berkaitan dengan seluruh pelayanan medis. Mulai dari rencana pelayanan medis, hasil pelayanan, pengobatan, prosedur medis sampai pada kemungkinan terjadinya insiden. Ketiga kriteria tersebut haruslah dipenuhi demi memberikan hak pasien dan keluarganya.

## **2. Mendidik Pasien dan Keluarga**

Berbicara mengenai hak, maka sudah semestinya akan pula menyinggung mengenai kewajiban dan tanggung jawab. Dalam hal ini, standar keselamatan pasien yang kedua adalah adanya edukasi dan pendidikan yang dilakukan instansi penyedia layanan kesehatan kepada pasien maupun keluarganya. Proses pelayanan kesehatan tentu harus melibatkan tanggungjawab pasien selaku penerima layanan, di mana pasien semestinya diperlakukan sebagai partner dalam proses pelayanan kesehatan.

Maka, pasien perlu dididik bahwa disamping memiliki hak, mereka juga wajib menaati kewajiban. Pasien juga diwajibkan untuk ikut bertanggungjawab selama dalam asuhan pelayanan kesehatan. Tenaga medis bertugas untuk mendidik pasien dan keluarga pasien berkaitan dengan pemenuhan kewajiban dan tanggungjawab.

Sejumlah kriteria yang harus dilakukan pasien berkaitan dengan hak dan tanggungjawab adalah dengan mendapatkan pendidikan atau edukasi kesehatan dari penyedia layanan kesehatan. Untuk itu, pasien dan keluarga diharapkan dapat:

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



### **3. Keselamatan Pasien dan Kestinambungan Pelayanan**

Rumah sakit semestinya juga memiliki pelayanan yang berkesinambungan bagi pasien. Kestinambungan pelayanan artinya seluruh elemen yang berada di rumah sakit atau penyedia layanan kesehatan harus melayani secara berkesinambungan. Rumah sakit juga harus menjamin adanya koordinasi antar unit kerja dan unit pelayanan. Untuk memenuhi kestinambungan layanan, penyedia layanan kesehatan harus memiliki kriteria sebagai berikut.

- a. Adanya koordinasi pelayanan menyeluruh. Mulai dari pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan kesehatan, tindakan pengobatan, keterangan rujukan (jika dirujuk) dan saat pasien keluar dari rumah sakit.
- b. Terdapat koordinasi pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan, agar seluruh tahap layanan antar unit berjalan dengan baik dan lancar.
- c. Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi. Tujuannya adalah untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer atau tindak lanjut lainnya.
- d. Adanya komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan dalam lembaga penyedia layanan kesehatan, sehingga tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.

### **4. Penggunaan Metode Peningkatan Kerja Untuk Melakukan Evaluasi dan Program Peningkatan Keselamatan Pasien**

Seluruh lembaga penyedia layanan kesehatan, termasuk rumah sakit di dalamnya membutuhkan desain proses demi meningkatkan kualitas kerja. Untuk itulah, semestinya rumah sakit juga memperbaiki proses yang ada dari waktu ke waktu. Caranya adalah dengan memonitor dan mengevaluasi kinerja dengan melalui pengumpulan data. Manajemen rumah sakit pun juga harus menganalisis secara intensif terjadinya insiden demi melakukan perubahan untuk meningkatkan kerja dan keselamatan pasien. Untuk memenuhi standar keempat ini, rumah sakit harus memiliki sejumlah kriteria, diantaranya sebagai berikut.

- a. Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan,

kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.

- b. Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan: pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.
- c. Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua insiden, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.
- d. Setiap rumah sakit 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**

Kepemimpinan dalam manajemen sebuah lembaga penyedia layanan kesehatan juga menjadi salah satu standar penting dalam meningkatkan keselamatan pasien. Sebab, dengan adanya peran dari pihak manajemen, direktur dan penentu kebijakan di rumah sakit ataupun instansi penyedia layanan kesehatan maka program-program yang mendukung peningkatan keselamatan pasien akan lebih mudah tercapai. Ada sejumlah standar yang harus dipenuhi berkaitan dengan peran kepemimpinan, yakni:

- a. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
- 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 (memadai dan memenuhi syarat) untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
- e. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

Selain sejumlah standar yang harus dipenuhi di atas, rumah sakit dengan kepemimpinan yang baik tentunya harus memiliki sejumlah **kriteria** diantaranya adalah:

- a. Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- b. Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden.
- c. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit 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” (*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 antarunit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin.
- h. Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.
- i. Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

## **6. Mendidik Staf Tentang Keselamatan Pasien**

Dalam sebuah instansi penyedia layanan kesehatan, bukan hanya tenaga medis yang punya andil dalam pelaksanaan keselamatan pasien. Namun, seluruh staf juga ikut bertanggung jawab atas keselamatan pasien. Untuk itu, diperlukan pendidikan bagi para staf di rumah sakit/ penyedia layanan kesehatan dalam hal keselamatan pasien. Pendidikan staf

tentang keselamatan pasien tentunya disesuaikan dengan jabatan yang diemban oleh staf tersebut di bidang apapun.

Untuk itulah, penyedia layanan kesehatan sudah semestinya memenuhi standar untuk mendidik staf-stafnya tentang keselamatan pasien. Rumah sakit harus memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterampilan jabatannya dengan keselamatan pasien secara jelas. Hal ini menjadi standar utama pendidikan staf tentang keselamatan pasien. Rumah sakit juga diharuskan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf. Proses pendidikan dan pelatihan ini juga dapat mendukung pendekatan interdisipliner bagi staf dalam pelayanan pasien.

Berkaitan dengan pendidikan staf, rumah sakit juga perlu memenuhi sejumlah kriteria yang sesuai dengan program keselamatan pasien. Rumah sakit diharuskan memiliki kriteria berupa program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru tentang keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing. Karakter selanjutnya yang diperlukan rumah sakit adalah mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan in-service training. Rumah sakit juga perlu membuat dan memberikan pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden. Kriteria terakhir adalah setiap rumah sakit 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**

Komunikasi adalah hal yang tak kalah penting dibandingkan dengan standar-standar pencapaian program keselamatan pasien yang lain. Sebab, tanpa komunikasi yang baik, ketercapaian peningkatan mutu layanan kesehatan dan keselamatan pasien mustahil dapat terwujud. Untuk itulah, komunikasi dapat dikatakan sebagai kunci para staf dan seluruh tenaga medis demi mencapai keselamatan pasien.

Tanpa adanya komunikasi yang baik, bisa jadi terdapat sejumlah kesalahan yang dilakukan atau mungkin tidak dilakukan oleh petugas rumah sakit. Kesalahan itu tentunya dapat menimbulkan berkurangnya kualitas layanan kesehatan atau bahkan sampai pada terjadinya kesalahan medis. Untuk itu, diperlukan sejumlah standar bagi rumah sakit demi tercapainya komunikasi yang efektif. Diantaranya:

- a. Rumah sakit 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.
- c. Setiap rumah sakit dan penyedia layanan kesehatan juga harus memiliki sejumlah kriteria untuk menghasilkan komunikasi yang efektif.
- d. Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- e. Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

## **F. PENTINGNYA MANAJEMEN *PATIENT SAFETY***

Setelah diketahui seputar *patient safety*, harapannya seluruh tenaga kesehatan mampu memahami pentingnya manajemen *patient safety*. Sebab, tindakan pengaturan dengan tujuan keselamatan pasien ini adalah langkah terbaik bagi semua pihak. Baik bagi pasien, dokter, perawat, rumah sakit, tenaga kesehatan serta seluruh pihak yang terlibat dalam proses pelayanan kesehatan. Signifikansi manajemen *patient safety* ini pula yang seharusnya diterapkan oleh seluruh elemen dalam penyedia layanan kesehatan, dimulai dari konteks individu hingga konteks organisasi.

Jika telah dilakukan manajemen *patient safety*, maka pasien akan mendapatkan mutu pelayanan yang maksimal. Sebab, pihak penyedia layanan kesehatan sudah menyiapkan segala macam risiko atas terjadinya Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD). Sementara itu, tenaga kesehatan dalam sebuah lembaga penyedia kesehatan (rumah sakit misalnya), semestinya mengetahui manfaat utama dari manajemen *patient safety*. Artinya, manajemen *patient safety* dan seluruh praktiknya, termasuk pelaporan KTD bukan bertujuan untuk mencari siapa yang salah (*blaming culture*). Namun, bagaimana rumah sakit dan seluruh elemen di dalamnya melihat seluruh praktik *patient safety* semata-mata bertujuan untuk mewujudkan budaya keselamatan (*safety culture*).

Manajemen *patient safety* merupakan salah satu bentuk usaha penyelamatan maksimal seluruh tenaga medis untuk mengurangi dan meminimalisir adanya cedera medis yang mungkin saja terjadi pada pasien. Hal ini bukan berarti selama ini baik dokter, perawat dan

tenaga medis lain tidak melakukan seluruh rangkaian prosedur keselamatan pasien. Misalnya, sebelum dan sesudah melakukan tindakan, perawat sudah cuci tangan untuk mencegah infeksi nosokomial, melakukan sterilisasi alat bedah, menggunakan sarung tangan steril dan mengidentifikasi setiap faktor risiko infeksi pada pasien serta berbagai tindakan lain. Begitu pula dokter yang telah melakukan audit medis, tidak mencederai pasien serta mengikuti standar prosedur tindakan. Seluruh tenaga kesehatan juga mengikuti sertifikasi dan menjalani akreditasi. Hal-hal tersebut tentulah sudah menjadi bagian dari keselamatan pasien dan kewajiban seorang tenaga medis.

## **BAB III**

### ***MEDICATION ERROR***

#### **A. DEFINISI *MEDICATION ERROR***

Obat adalah salah satu komponen utama yang seringkali dibutuhkan pasien dalam proses penyembuhan suatu penyakit. Bukan hanya penyembuhan, obat juga dibutuhkan pada tahapan pencegahan suatu penyakit dalam kondisi tertentu. Penggunaan obat dalam dunia medis dan kesehatan sangat lumrah. Bahkan, pengobatan telah menjadi bagian inti dalam pelayanan suatu penyedia layanan kesehatan.

Di sisi lain, keputusan penggunaan obat dalam suatu proses penyembuhan selalu mengandung manfaat sekaligus risiko. Sebab, diketahui bahwa obat-obatan baik kimiawi ataupun tidak, selalu mengandung risiko bagi tubuh manusia. Untuk itulah, *pharmacist* (apoteker atau ahli obat) senantiasa dituntut memberikan pelayanan yang maksimal, teliti dan akurat. Hal tersebut demi terciptanya keselamatan pasien dan terhindarnya *medication error* (kesalahan pengobatan).

*Medication error* merupakan setiap kejadian yang menyebabkan atau berakibat pada pelayanan obat yang tidak tepat ataupun membahayakan pasien sementara obat berada dalam pengawasan tenaga kesehatan. Kesalahan pengobatan ini semestinya dapat dihindari. *Medication error* juga merupakan salah satu jenis *medical error* yang paling umum terjadi di rumah sakit. Kesalahan pengobatan juga dapat menimbulkan berbagai macam efek negatif bagi pasien. Mulai ringan, sedang hingga kesalahan fatal.

Berdasarkan Penelitian Bates (JAMA, 1995, 274; 29-34) menunjukkan bahwa peringkat palingtinggi kesalahan pengobatan (*medication error*) pada tahap *ordering* (49%), diikuti tahap *administration management* (26%), *pharmacy management* (14%), *transcribing* (11%). Berdasarkan analisis kejadian berisiko dalam proses pelayanan kefarmasian, kejadian obat yang merugikan (*adverse drug events*), kesalahan pengobatan (*medication errors*) dan reaksi obat yang merugikan (*adverse drug reaction*) menempati kelompok urutan utama dalam keselamatan pasien yang memerlukan pendekatan sistem untuk mengelola, mengingat kompleksitas keterkaitan kejadian antara "kesalahan merupakan hal yang manusiawi" (*to err is human*) dan proses farmakoterapi yang sangat kompleks (Depkes, 2008).

Kesalahan pengobatan juga seringkali terjadi dalam proses pengobatan, khususnya di rumah sakit. Berdasarkan Laporan Peta Nasional Insiden Keselamatan Pasien (Kongres PERSI Sep 2007), kesalahan dalam pemberian obat menduduki peringkat pertama (24.8%) dari 10 besar insiden yang dilaporkan. Jika disimak lebih lanjut, dalam proses penggunaan obat yang meliputi *prescribing, transcribing, dispensing* dan *administering, dispensing* menduduki peringkat pertama (Depkes, 2008). Ini artinya, kesalahan dalam pemberian obat adalah salah satu isu penting dalam upaya peningkatan keselamatan pasien selain *medical error* (kesalahan medis) lainnya.

Untuk itulah, *medication error* sebagai salah satu hal yang lumrah dan sudah dipastikan akan didapatkan oleh pasien, pelayanan kefarmasian harus dikelola dengan baik. Artinya, manajemen risiko atas pelayanan farmasi sangat diperlukan sebuah penyedia layanan kesehatan baik klinik, puskesmas maupun rumah sakit. Dengan adanya manajemen risiko kesalahan pengobatan, maka bahaya dan kerugian akibat yang akan dialami dapat dikelola ataupun diantisipasi dengan baik.

## **B. PENYEBAB DAN POTENSI *MEDICATION ERROR***

*Medication error* (kesalahan pengobatan) kerap terjadi di dunia medis, bahkan termasuk kesalahan medis yang menempati peringkat pertama menurut sejumlah laporan dan survei (Kongres PERSI, 2007). Maka, harus dilakukan manajemen khusus berkaitan dengan bidang pelayanan farmasi. Berdasarkan proses manajemen risiko, pelayanan farmasi juga mengharuskan adanya analisis risiko. Dimana, diperlukan analisis penyebab terjadinya *medication error*.

Untuk mengetahui penyebab terjadinya dampak berupa bahaya bagi pasien terkait pelayanan farmasi dapat dilihat dari dikarenakan *apamedication error* terjadi. Sejumlah faktor menjadi penyebab terjadinya kesalahan pengobatan. Utamanya, kesalahan pengobatan terjadi disebabkan adanya *human error* atau kesalahan yang berasal dari sumber daya manusia. Dalam hal ini, SDM adalah tenaga medis.

Penyebab *medication error* adalah faktor-faktor apa saja yang dapat menimbulkan atau menjadi penyebab terjadinya kesalahan pengobatan. Kesalahan pengobatan ini juga dapat diidentifikasi penyebabnya. Sejumlah sebab terjadinya kesalahan pengobatan misalnya dikarenakan adanya kesalahan label (*labelingerror*). Dalam kasus, misalnya dikarenakan tenaga medis salah meletakkan label seperti tertukarnya label antara *vincristine* dan *methotrexate*. Tertukarnya label ini membuat terjadinya kesalahan rute pemberian *vincristine* dan *methotrexate*



sehingga berakibat fatal. Tertukarnya pemberian obat A yang seharusnya diberikan pada pasien B, justru diberikan pada pasien lain. Hal inilah yang menjadi penyebab terjadinya kesalahan pengobatan.

Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya risiko obat tersebut adalah multifaktor dan multiprofesi yang kompleks; jenis pelayanan medik, banyaknya jenis dan jumlah obat per-pasien, faktor lingkungan, beban kerja, kompetensi karyawan, kepemimpinan dan sebagainya. (Depkes 2008). Kepmenkes 2004 menyebutkan sejumlah hal yang dapat menjadi penyebab *medication error*, diantaranya adalah :

1. Komunikasi (*miss* komunikasi ataupun kegagalan dalam berkomunikasi).

Kegagalan komunikasi merupakan sumber utama terjadinya sebuah kesalahan. Institusi pelayanan kesehatan harus menghilangkan hambatan komunikasi antar petugas kesehatan dan membuat SOP bagaimana resep/permintaan obat dan informasi obat lainnya dikomunikasikan. Komunikasi antar petugas kesehatan baik dari apoteker ataupun antar petugas kesehatan lainnya perlu dikomunikasikan secara jelas untuk menghindari penafsiran ganda atau ketidaklengkapan informasi. Caranya dengan berbicara dengan perlahan dan dengan instruksi yang jelas. Perlu dibuat daftar singkatan dan penulisan dosis berisiko menimbulkan kesalahan untuk diwaspadai.

2. Kondisi lingkungan

Untuk menghindari kesalahan yang berkaitan dengan kondisi lingkungan, area dispensing harus didesain dengan tepat dan sesuai dengan alur kerja, untuk menurunkan kelelahan dengan pencahayaan yang cukup dan temperatur yang nyaman. Selain itu area kerja harus bersih dan teratur untuk mencegah terjadinya kesalahan. Obat untuk setiap pasien perlu disiapkan dalam nampan terpisah.

3. Gangguan atau interupsi saat kerja

Gangguan atau interupsi harus seminimal mungkin mengurangi interupsi baik langsung maupun melalui telepon.

4. Beban kerja

Rasio antara beban kerja dan sumber daya manusia yang cukup penting untuk mengurangi stress dan beban kerja berlebihan sehingga menurunkan kesalahan.

## 5. Edukasi staf

Meskipun edukasi staf merupakan cara terbaik yang tidak kuat untuk menurunkan angka risiko adanya insiden/ kesalahan pengobatan, tetapi mereka dapat memainkan peran penting ketika dilibatkan dalam sistem menurunkan insiden/ kesalahan (Susanti, 2013).

Rumah Sakit di USA menyatakan perlunya perlindungan dari kejadian *medication error* untuk pasien pediatrik baik kritis maupun nonkritis dari kesalahan *dispensing* (salah penyediaan atau preparasi, salah membelah tablet, penggerusan obat, interaksi kimia-fisik dan farmokologis. *Medication error* bisa terjadi karena banyak faktor. Misalnya, terjadi salah pengenceran atau hanya 60% farmasis yang mengecek ulang obat yang sudah di-*dispensing*. Perlu untuk menghindari bayi < 2 bulan dari penggunaan Benzil alkohol dengan pengawet (*gaspingsyndrome*)

Rumah sakit juga memiliki banyak faktor, diantara Heparin yang mengandung benzil alkohol yang terus diberi kepada neonatus. Informasi obat bagi pediatrik sangat penting untuk mencegah kesalahan. Keikutsertaan farmasis secara integratif dalam tim medis penting untuk menyediakan informasi, membuat analisis, menginterpretasikan farmakokinetik, memonitor ES & ADRs, mengedukasi profesional kesehatan lain, dan mengidentifikasi kesalahan.

*Medication Error* terjadi pada salah satu dari kondisi di bawah ini.

- a. **Omission error**: Gagal menyerahkan dosis sesuai dosis yang diperintahkan.
- b. **Wrong dose error**: Jumlah medikasi yang diberikan berbeda dengan yang diminta lebih dari 17% (10% untuk injeksi).
- c. **Unordered drug error** : medikasi tidak pernah diperintahkan untuk diberikan kepada pasien .
- d. **Wrong form error**: dosis yang diberikan berbeda dengan bentuk atau sediaan yang diperintahkan.
- e. **Wrong time error**: Dosis obat diberikan 30 menit lebih awal dari waktu yang perintahkan atau lewat 30 menit dari waktu yang diperintahkan.
- f. **Wrong route error**: Obat diberikan tidak sesuai rute yang diperintahkan;
- g. **Deteriorated drug error** : Obat telah kadaluarsa atau integritas obat secara kimia atau fisika telah berubah.
- h. **Wrong rate of administration error**: Infus atau cairan intravena diberikan dengan laju yang tidak sesuai dengan yang diresepkan.

- i. ***Wrong administration technique error***: contoh, mengoleskan alkohol pada tapak suntikan padahal obat yang akan disuntikkan belum dipersiapkan.
- j. ***Wrong dose preparation error***: contoh, memberikan suspensi oral tanpa mencocok obat terlebih dulu.

### **C. PENCEGAHAN DAN PENANGGULANGAN *MEDICATION ERROR***

Pencegahan *medication error* adalah hal yang dilakukan sebelum terjadi ataupun upaya antisipasi terjadinya kesalahan pengobatan pada pasien. Ada sejumlah upaya yang dapat dilakukan oleh penyedia layanan kesehatan untuk mengantisipasi dan mencegah terjadinya *medication error*. Antisipasi tersebut dapat dilakukan dalam berbagai aspek dalam pelayanan kefarmasian atau pengobatan di rumah sakit maupun klinik.

Pencegahan yang dimaksudkan disini adalah upaya yang dilakukan sebelum terjadinya kesalahan pengobatan dengan tujuan untuk meminimalisir kesalahan yang ada. Sebab, secara garis besar kesalahan pengobatan dapat diminimalisir. Caranya dengan menggunakan pendekatan sistem yang bertujuan meminimalkan risiko dan mempromosikan upaya keselamatan penggunaan obat termasuk alat kesehatan yang memadai dan mendukung terselenggaranya keselamatan pasien.

Secara garis besar, untuk melakukan pencegahan kesalahan penggunaan obat diantaranya adalah menganalisis sistem dan manajemen obat yang sudah berjalan. Artinya, melakukan identifikasi kesalahan dan analisis tren pendekatan sistem perlu dilakukan. Lingkup sistem keselamatan pelayanan farmasi tersebut juga harus meliputi seluruh rangkaian sistem, yakni sistem seleksi obat, sistem penyimpanan, sistem distribusi, sistem permintaan obat, sistem verifikasi dan interpretasi, sistem penyiapan obat, sistem labelisasi obat, peracikan, dokumentasi dan penyerahan ke pasien dengan kecukupan informasi. Jika terjadi kesalahan pengobatan, pelaporan insiden layanan juga diwajibkan. Pelaporan insiden dalam farmasi diperkirakan menggambarkan 10% dari kenyataan kejadian kesalahan (*errors*).

Pelaporan tersebut bertujuan untuk mendapatkan data-data akurat mengenai kesalahan pengobatan. Jika data telah didapatkan, upaya antisipasi terjadinya kesalahan pengobatan pun dapat dilakukan. Namun, keberanian melaporkan kesalahan sendiri tidak mudah, apalagi jika diberlakukan hukuman atas kesalahan yang dilakukan. Dalam hal ini, pendekatan berupa budaya untuk tidak saling menyalahkan (*blame free culture*), terbukti lebih efektif dalam meningkatkan

laporan insiden. Dibandingkan dengan adanya penghargaan dan hukuman bagi yang melakukan insiden (*rewards and punishment*).

Sejumlah metode pendekatan organisasi sebagai upaya menurunkan kesalahan pengobatan diantaranya adalah memaksa fungsi dan batasan (*forcing function & constraints*), otomasi dan komputer, standar dan protocol, sistem daftar tilik dan cek ulang (*check list & double check system*), aturan dan kebijakan (*rules and policy*), pendidikan informasi (*education & information*), serta lebih cermat dan waspada (*be more careful – vigilant*). Hal tersebut diantaranya untuk menurunkan kesalahan pengobatan. Sementara itu, ada pula sejumlah upaya pencegahan yang dapat dilakukan untuk meminimalisir insiden kesalahan pengobatan (Depkes, 2008). Pencegahan ini juga harus dilakukan secara bekerjasama dengan petugas kesehatan lain (multidisiplin) terkait penggunaan obat, terutama dokter dan perawat.

Upaya pencegahan artinya apa saja tindakan yang dapat mencegah terjadinya kesalahan pengobatan. Sejumlah hal bisa mempengaruhi hal ini. Diantaranya adalah bagaimana agar pengetahuan penulis resep harus selalu *update* dan terkini (*current knowledge prescribing* (CPE, *access to DI*, konsultasi)). Kekiniannya pengetahuan penulis resep obat akan meminimalisir dan mencegah terjadinya kesalahan pengobatan. Usai diramu, obat tersebut akan di-*review* ke semua farmakoterapi yang terjadi (*review all existing pharmacotherapy*) oleh apoteker. Pencegahan terjadinya *medication error* dapat ditingkatkan pula dengan adanya pemahaman tenaga profesi terkait obat dan sistem pengobatan (*familiar with drug system* (formulary, DUE, *abbreviation, alert drug*)).

Keseluruhan langkah pencegahan medication error tersebut akan maksimal jika terdapat kelengkapan permintaan obat (*complete drug order*). Ketidaklengkapan permintaan obat akan membuat petugas obat-obatan/ apoteker kesulitan menemukan obat yang tepat. Instruksi apapun perihal obat juga harus dengan instruksi yang jelas. Perhatian pada kepastian kejelasan instruksi pengobatan kejelasan instruksi pengobatan (*care for ensure clear and unambiguous instruction*) sangat diutamakan demi mencegah terjadinya medication error.

Apoteker juga memiliki posisi strategis untuk meminimalkan terjadinya *medication error*, baik dilihat dari keterkaitannya dengan tenaga kesehatan lain maupun proses pengobatan. Kontribusi apoteker yang memungkinkan dilakukan antara lain dengan meningkatkan pelaporan adanya insiden dalam pengobatan, pemberian informasi obat kepada pasien dan tenaga kesehatan lain, meningkatkan keberlangsungan rejimen (protokol pengobatan spesifik, terkait obat yang

diambil dan berapa dosisnya) pengobatan pasien, peningkatan kualitas dan keselamatan pengobatan pasien di rumah. Sudah semestinya apoteker berperan utama dalam meningkatkan keselamatan dan efektivitas penggunaan obat. Sebab, misi utama dari apoteker dalam hal keselamatan pasien adalah memastikan bahwa semua pasien mendapatkan pengobatan yang optimal. Sebab, berbagai penelitian menguatkan bahwa kontribusi dan komitmen apoteker dapat menurunkan *medication error*.

Berkenaan dengan rejimen (protokol pengobatan), ada sejumlah hal yang penting diperhatikan. Sebab, jika tidak, maka akan terjadi kesalahan pengobatan menyangkut rejimen. Hal-hal tersebut antara lain:

- Kesalahan dalam persepan. Resep tidak rasional, resep tidak tepat dan tidak efektif, kelebihan dosis atau kekurangan dosis dalam menuliskan resep.
- Penulisan resep. Kesalahan dalam mengartikan resep tersebut.
- Manufaktur dalam formulasi. Artinya, adanya salah obat, formulasi salah, label yang salah.
- Kesalahan memformulasi. Salah obat, formulasi yang salah dan label yang salah.
- Pengambilan atau pemberian obat salah. Kemungkinan bisa karena pemberian salah dosis, salah rute, frekuensi yang salah dan durasi yang salah (Susanti, 2013).

Bukan hanya itu, berdasarkan sejumlah penelitian dan pengamatan di lapangan sejumlah hal menimbulkan adanya *medication error* adalah penulisan resep yang tidak jelas, sukar dibaca di bagian penulisan nama obat, jumlah obat dalam resep racikan maupun jumlah total obat, satuan yang digunakan, bentuk sediaan yang dimaksud, aturan pakai dan penulisan jumlah resep yang tidak lengkap. Misalnya tidak mencantumkan dosis obat, satuan metric, bentuk sediaan yang dimaksud penulis resep dan berpotensi menimbulkan adanya *medication error*.

Dalam sejumlah proses penggunaan obat tersebutlah, kesalahan pengobatan (*medication error*) bisa terjadi. Proses *prescribing* adalah proses penulisan resep obat atau penentuan resep obat. Sementara *transcribing* adalah proses pencatatan resep obat tersebut, *dispensing* merupakan proses penyaluran obat sedangkan *administering* adalah proses pendokumentasian dan pemantauan terapi obat. Dalam serangkaian proses pengobatan tersebut, ada pula istilah lain berupa pengadaan obat, penyimpanan obat, pemesanan obat, pendistribusian obat, persiapan (*preparing*) dan pemberian obat. Namun, empat proses yang kerap menimbulkan terjadinya *medication error* adalah *prescribing*, *transcribing*, *dispensing* dan *administering*.

Untuk itulah, manajemen obat adalah hal penting untuk melakukan upaya preventif (pencegahan) maupun *kuratif* (penyembuhan/pengobatan) dalam berbagai kondisi pasien. Manajemen obat ini mencakup sistem maupun proses yang digunakan sebuah penyedia layanan kesehatan semisal rumah sakit dalam memberikan farmakoterapi bagi pasien. Sebagaimana pengaturan dan pengelolaan dalam sebuah sistem, manajemen sudah tentu semestinya dilakukan secara terkoordinir dengan melibatkan semua komponen yang berkaitan dengan rumah sakit. Misalnya, pelibatan seluruh staf yang berhubungan dengan proses pengobatan, penerapan proses dan komunikasi yang efektif dalam farmakoterapi. Seluruh manajemen obat tersebut juga seharusnya mengatur dan mengevaluasi seluruh aktivitas pengobatan mulai dari pengadaan obat, peresapan obat hingga pemberian dan evaluasi pada pasien usai pemberian obat.

Beberapa istilah yang berkenaan dengan medikasi (pengobatan) dalam manajemen keselamatan pasien diantaranya:

1. Efek buruk obat (*adverse drug event*)

Bagian farmasi penting memperhatikan cedera akibat kesalahan dan efek buruk dalam proses penggunaan/ konsumsi obat.

2. Kecerobohan (*near miss*)

Dalam pelayanan farmasi, penting berhati-hati untuk mencegah terjadinya kecerobohan meskipun kesalahan penggunaan obat tersebut tidak menimbulkan cedera.

3. Salah comot atau salah ambil (*slip*)

Kesalahan dalam pengambilan obat juga harus diwaspadai meskipun tidak sengaja. Misalnya, maksudnya menyuntikkan heparin, namun yang terambil (tercomot) adalah insulin.

4. Lupa (*lapse*)

Kesalahan lain yang harus benar-benar diwaspadai adalah kesalahan atau kecerobohan yang menimbulkan *medication error* karena lupa.

5. Keliru (*mistake*)

Adanya kesalahan dikarenakan kurangnya pengetahuan juga menjadi salah satu hal yang menimbulkan *medication error*. Misalnya, kesalahan dalam memberikan dosis amikasin intravena.

6. Kelalaian (*error of comission*)

Kelalaian ini bisa terjadi ketika seorang petugas melupakan tugasnya atau tidak melakukan tugas sesuai dengan permintaan petugas sebelumnya.

7. Berlebihan (*errorofcommission*)

Dosis dan ukuran obat yang harus diberulukan.Hal tersebut misalnya dikarenakan *ciprofloxanin* oral diberikan 4 kali sehari.Padahal seharusnya cukup diberikan dua kali sehari.

8. *Harm* (gangguan)

Penggunaan sementara atau seterusnya harus berhati-hati.Fungsi tubuh atau nyeri yang ditimbulkan akibat kegunaan obat harus diatasi.

9. *Monitoring* (pengamatan)

Usai penggunaan obat atau konsumsi obat tertentu, petugas perlu mengamati atau merekam tanda-tanda fisiologis dan psikologis yang relevan dengan pengobatan pasien tersebut.

Paparan di atas adalah sejumlah hal yang penting diperhatikan berkenaan dengan kesalahan pengobatan (*medication error*) yang berhubungan dengan peningkatan keselamatan pasien. Pengobatan merupakan salah satu komponen penting dalam pelayanan kesehatan, maka manajemen obat dan seluruh antisipasi terjadinya *medication error* harus dilakukan. Jika sudah dilakukan, maka selanjutnya peningkatan budaya keselamatan pasien akan perlahan tercipta.

## **BAB IV**

### ***PATIENT SAFETY DI RUANG OPERASI***

#### **A. SEPUTAR RUANG OPERASI**

Operasi merupakan salah satu komponen rumah sakit maupun lembaga penyedia layanan kesehatan yang sangat vital. Berdasarkan Kamus Bahasa Indonesia (KBBI) versi daring, operasi berarti sebuah tindakan bedah, *bedel* (untuk mengobati penyakit). Mengoperasi diartikan sebagai sebuah tindakan membedah atau *membedel* dengan tujuan untuk mengobati. Operasi erat kaitannya sebagai sebuah tindakan penyelamatan pasien atas suatu penyakit yang sedang diidap seorang individu. Setelah melalui sejumlah rangkaian pemeriksaan medis dan diagnosa, seseorang diharuskan menerima tindakan “operasi” dari dokter demi menyelamatkan jiwanya.

Ruang operasi merupakan sebuah lokasi di rumah sakit sebagai tempat berlangsungnya tindakan operasi oleh tim dokter yang bertugas. Sejumlah komponen yang menjadi hal yang tak dapat terpisahkan dari ruang operasi adalah tim pelaksana (terdiri dari dokter, perawat, ahli anastesi, dan sebagainya) yang terlibat dalam sebuah operasi. Komponen lain yang penting misalnya petugas medis pengoperasian alat-alat medis saat berjalannya tindakan. Hal lain yang penting diperhatikan adalah sterilitas seluruh alat kesehatan yang digunakan, ruangan dan perangkat apapun dari kuman dan bakteri.

Tindakan pembedahan/ operasi wajib memenuhi standar keselamatan pasien, kesiapan pasien serta prosedur (SPO) yang telah ditetapkan. Sebab, risiko terjadinya kecelakaan medis saat berlangsungnya operasi rentan terjadi. Bahkan, risiko kecelakaan medis sangat tinggi, apalagi jika dalam pelaksanaannya tim medis tidak mengikuti standar prosedur operasional (SPO) yang telah ditetapkan. Tim ruang bedah tentu tidak bermaksud sengaja menyebabkan timbulnya cedera pada pasien, namun fakta menyebutkan bahwa ada sejumlah pasien yang mengalami KTD (kejadian tidak diharapkan), KNC (kejadian nyaris cedera) ataupun kejadian sentinel yakni KTD yang bisa menyebabkan kematian ataupun cedera serius (Depkes, 2008). Hal itu terjadi saat dilakukan tindakan pembedahan atau operasi.

Bidang layanan bedah merupakan bagian yang sering menimbulkan kejadian yang tidak diharapkan., baik cedera medis maupun adanya komplikasi akibat pembedahan. Penelitian di *Utah Colorado Medical Practise Study* melaporkan angka insidensi KTD dari pasien yang



mengalami pembedahan atau operasi sebanyak 3 persen. Separuh dari jumlah tersebut, sebenarnya dapat dicegah.

Pada Januari 2007, WHO melalui *World Alliance for Patient Safety* membuat draft tema “*Safe Surgery Saves Lives*”. WHO juga membuat *Surgical Safety Checklist (SSC)* sebagai alat yang digunakan para petugas medis di kamar bedah untuk meningkatkan keamanan operasi, mengurangi kematian dan komplikasi akibat pembedahan (WHO, 2009). SSC tersebut sudah diujicobakan di 8 negara dan memberi manfaat berupa mengurangi komplikasi dan kematian setelah operasi lebih dari sepertiga (Irmawati, 2017).

Sejumlah hal penting diperhatikan dan wajib dilaksanakan berkenaan dengan perawatan dan tindakan pada pasien berkaitan dengan ruang operasi. Misalnya, hal mendasar adalah proses identifikasi pasien sebelum memasuki ruang operasi. Tim petugas medis yang hendak melakukan tindakan operasi hendaknya melakukan proses identifikasi ulang dengan menggunakan setidaknya dua identitas pasien. Sebab, kesalahan identifikasi pasien tersebut tidak bisa ditolerir. Apalagi, sebagaimana dijelaskan dalam bab sebelumnya, ketepatan identifikasi pasien adalah sasaran keselamatan pasien yang harus dan standar yang harus dipenuhi petugas medis demi terwujudnya keselamatan dan jiwa pasien.

Kebijakan dan atau prosedur memerlukan sedikitnya dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, dengan dua nama pasien, nomor identifikasi menggunakan nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang (-identitas pasien) dengan *bar-code*, atau cara lain. Nomor kamar atau lokasi pasien tidak bisa digunakan untuk identifikasi. Kebijakan dan/atau prosedur juga menjelaskan penggunaan dua pengidentifikasi/penanda yang berbeda pada lokasi yang berbeda, termasuk di ruang operasi (Kemenkes, 2011).

Selain identifikasi, penandaan lokasi operasi (*sitemarking*) juga penting diperhatikan. Tidak boleh sampai terjadi, lokasi operasi yang seharusnya dibedah/ dioperasi sebelah kanan namun tertukar karena keteledoran petugas medis sehingga salah penandaan sehingga menimbulkan cedera medis. Sterilisasi alat kesehatan, tim bedah dan ruangan juga wajib dipenuhi sebelum dilakukannya operasi. Kesiapan alat-alat medis pendukung jalannya operasi, stok darah ataupun hal lain seputar ruang bedah penting disiapkan demi terwujudnya keselamatan pasien di ruang operasi.

## **B. FAKTOR PENTING PENUNJANG *PATIENT SAFETY* DI RUANG OPERASI**

Kasus salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan biasa terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Di samping itu juga asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*) dan pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi (Kemenkes, 2017). Maka, sejumlah hal harus dipastikan agar terciptanya *patient safety*, termasuk di ruang operasi.

Kesalahan dalam komunikasi adalah alasan umum, berkaitan dengan kesalahan di ruang operasi, serta selama perawatan pra dan pasca operasi. Jenis kegagalan komunikasi termasuk kegagalan untuk mendengarkan atau mengumpulkan informasi dari pasien, keluarga dan dokter lain serta kegagalan untuk menyampaikan informasi yang relevan untuk status pasien. Hasilnya bisa membahayakan atau bahkan berakibat kematian kepada pasien (Imanto, 2014). Maka, komunikasi yang efektif juga menjadi salah satu sasaran penting dalam meningkatkan keselamatan pasien, termasuk di ruang operasi. Sasaran mengenai peningkatan komunikasi yang efektif ini menempati urutan kedua dalam sasaran keselamatan pasien rumah sakit.

Selanjutnya, pembahasan mengenai sejumlah faktor penting penunjang *patient safety* di ruang operasi diantaranya terdapat dalam sasaran keselamatan pasien nomor keempat. Bunyi sasaran keempat tersebut adalah kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi. Seluruh penyedia layanan kesehatan diharuskan memastikan ketepatan lokasi operasi, prosedur dan pasien yang tepat. Tentunya, terdapat kebijakan – kebijakan yang harus ditepati penyedia layanan kesehatan ataupun rumah sakit agar terwujudnya keselamatan pasien. Khususnya saat menjalani tindakan operasi.

Adanya kesalahan fatal yang mengakibatkan cedera medis hingga terancamnya nyawa pasien perlu tindakan dan kebijakan khusus. Fasilitas pelayanan kesehatan perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Kebijakan termasuk definisi dari operasi yang memasukkan sekurang-kurangnya prosedur yang menginvestigasi dan/atau mengobati

penyakit dan kelainan/*disorder* pada tubuh manusia dengan cara menyayat, membuang, mengubah, atau menyisipkan kesempatan diagnostik/terapeutik. Kebijakan berlaku atas setiap lokasi di fasilitas pelayanan kesehatan dimana prosedur ini dijalankan. Praktek berbasis bukti, seperti yang diuraikan dalam *Surgical Safety Checklist* dari *WHO Patient Safety* (2009), juga di *The Joint Commission's Universal Protocol for Preventing Wrong Site, Wrong Procedure, Wrong Person Surgery*. Penandaan lokasi operasi melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang segera dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan; dan harus dibuat oleh orang yang akan melakukan tindakan; harus dibuat saat pasien terjaga dan sadar; jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai pasien disiapkan dan diselimuti. Lokasi operasi ditandai pada semua kasus termasuk sisi (*laterality*), struktur multipel (jari tangan, jari kaki, lesi), atau multiple level (tulang belakang) (Permenkes, 2017).

Sementara itu, maksud dan tujuan dari proses verifikasi praoperatif adalah ; untuk memverifikasi lokasi, prosedur dan pasien yang benar, memastikan bahwa semua dokumen, foto dan hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik dan dipampang serta memverifikasi keberadaan peralatan khusus dan atau implant-implant yang dibutuhkan. Hal inilah yang menjadi maksud dilakukannya proses verifikasi sebelum dilakukannya tindakan operasi. Proses verifikasi ini juga menjadi salah satu faktor penunjang *patient safety* di ruang bedah.

Hal-hal yang menjadi penyebab terjadinya kesalahan itu beragam. Faktor yang paling banyak kontribusinya terhadap kesalahan semacam ini adalah tidak ada atau kurangnya proses pra bedah yang distandarisasi. Jika saja diterapkan secara disiplin maka kecelakaan kerja, kegagalan operasi dan permasalahan lain yang menyangkut keselamatan pasien niscaya dapat dikurangi. Inilah yang kemudian dikenal dengan proses verifikasi. Proses ini terbagi atas *Sign In, Time Out, Sign Out* terhadap pasien yang akan mengalami pembedahan. Tahap “Sebelum insisi”/*Time out* memungkinkan setiap pertanyaan yang belum terjawab atau kesimpang-siuran dibereskan.*Time out* dilakukan di tempat tindakan akan dilakukan, tepat sebelum dilakukan tindakan (Permenkes, 2017).

Sementara itu, terdapat sejumlah kegiatan yang dilaksanakan agar sebuah penyedia layanan kesehatan benar-benar memberikan tanda yang jelas dan dapat dimengerti. Kegiatan ini dalam rangka proses penandaan/ pemberian tanda saat operasi. *Pertama*, fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat

prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional. *Kedua*, tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/*time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan. *Ketiga*, kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan bahwa telah tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien. Termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi/dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

Hal-hal tersebut merupakan sejumlah faktor yang menunjang *patient safety* di ruang bedah, diantaranya tentu berhubungan erat dengan konsep manajemen *patient safety*. Sebab, pelaksanaan *patient safety* di ruang operasi tidak akan terlepas dari konsep manajemen keselamatan pasien. Pelaksanaan manajemen keselamatan pasien di ruang operasi sudah semestinya dilaksanakan sebagai bagian dari sistem *patient safety* secara komprehensif di rumah sakit demi meningkatkan keamanan dan keselamatan pasien.

### **C. PATIENT SAFETY CHECKLIST DI RUANG OPERASI**

Pada 14 Januari 2009 WHO menganjurkan agar SSC digunakan di seluruh dunia. Program Keselamatan Pasien *surgery saves lives* sebagai bagian dari upaya WHO untuk mengurangi jumlah kematian bedah di seluruh dunia. Tujuan dari program ini adalah untuk memanfaatkan komitmen dan kemauan klinis untuk mengatasi isu-isu keselamatan yang penting, termasuk praktek-praktek keselamatan anestesi yang tidak memadai, mencegah infeksi bedah dan komunikasi yang buruk di antara anggota tim. Untuk membantu tim bedah dalam mengurangi jumlah kejadian ini, WHO menghasilkan rancangan berupa *checklist* keselamatan pasien di kamar bedah sebagai media informasi yang dapat membina komunikasi yang lebih baik dan kerjasama antara disiplin klinis. *Literature review* ini bertujuan untuk mengetahui apakah *Surgical safety checklist* menjadi media efektif dalam kolaborasi interprofesi dalam memberikan asuhan pelayanan perioperative (Irmawati, 2017).

Untuk itulah diperlukan sejumlah langkah yang harus dilakukan tim bedah terhadap pasien yang hendak dilakukan operasi. Tujuannya tak lain dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien. Baik dalam prosedur pembedahan, mencegah terjadinya kesalahan lokasi operasi, prosedur operasi serta mengurangi komplikasi kematian akibat pembedahan. Sesuai dengan sepuluh sasaran dalam *safety surgery* (keselamatan pembedahan/ operasi). Hal ini sesuai dengan langkah yang ditetapkan oleh WHO (2008). Langkah-langkah tersebut adalah sebagai berikut.

1. Tim bedah akan melakukan operasi pada pasien dan lokasi tubuh yang benar.
2. Tim bedah akan menggunakan metode yang sudah di kenal untuk mencegah bahaya dari pengaruh anestesia, pada saat melindungi pasien dari rasa nyeri.
3. Tim bedah mengetahui dan secara efektif mempersiapkan bantuan hidup dari adanya bahaya kehilangan atau gangguan pernafasan.
4. Tim bedah mengetahui dan secara efektif mempersiapkan adanya resiko kehilangan darah.
5. Tim bedah menghindari adanya reaksi alergi obat dan mengetahui adanya resiko alergi obat pada pasien.
6. Tim bedah secara konsisten menggunakan metode yang sudah dikenal untuk meminimalkan adanya resiko infeksi pada lokasi operasi.
7. Tim bedah mencegah terjadinya tertinggalnya sisa kasa dan instrument pada luka pembedahan.
8. Tim bedah akan mengidentifikasi secara aman dan akurat, specimen pembedahan,
9. Tim bedah akan berkomunikasi secara efektif dan bertukar informasi tentang hal-hal penting mengenai pasien untuk melaksanakan pembedahan yang aman.
10. Rumah sakit dan sistem kesehatan masyarakat akan menetapkan pengawasan yang rutin dari kapasitas, jumlah dan hasil pembedahan.



terlewati, bila ada yang terlewati, maka akan meminta operasi berhenti sejenak dan melaksanakan tahapan yang terlewati *Sign in*.

Langkah pertama yang dilakukan segera setelah pasien tiba di ruang serah terima sebelum dilakukan induksi anestesi. Tindakan yang dilakukan adalah memastikan identitas, lokasi/area operasi, prosedur operasi, serta persetujuan operasi. Pasien atau keluarga diminta secara lisan untuk menyebutkan nama lengkap, tanggal lahir dan tindakan yang akan dilakukan. Penandaan lokasi operasi harus oleh ahli bedah yang akan melakukan operasi. Pemeriksaan keamanan anestesi oleh ahli anestesi dan harus memastikan kondisi pernafasan, resiko perdarahan, antisipasi adanya komplikasi, dan riwayat alergi pasien. Memastikan peralatan anestesi berfungsi dengan baik, ketersediaan alat, dan obat-obatan.

*Time out* merupakan langkah kedua yang dilakukan pada saat pasien sudah berada di ruang operasi, sesudah induksi anestesi dilakukan dan sebelum ahli bedah melakukan sayatan kulit. Untuk kasus pada satu pasien terdapat beberapa tindakan dengan beberapa ahli bedah *timeout* dilakukan tiap kali pergantian operator. Tujuan dilakukan *timeout* adalah untuk mencegah terjadinya kesalahan pasien, lokasi dan prosedur pembedahan dan meningkatkan kerjasama diantara anggota tim bedah, komunikasi diantara tim bedah dan meningkatkan keselamatan pasien selama pembedahan.

Seluruh tim bedah memperkenalkan diri dengan menyebut nama dan peran masing-masing. Menegaskan lokasi dan prosedur pembedahan, dan mengantisipasi risiko. Ahli bedah menjelaskan kemungkinan kesulitan yang akan di hadapi ahli anestesi menjelaskan hal khusus yang perlu diperhatikan. Tim perawat menjelaskan ketersediaan dan kesterilan alat. Memastikan profilaksis antibiotik sudah diberikan. Memastikan apakah hasil radiologi yang ada dan di perlukan sudah di tampilkan dan sudah diverifikasi oleh 2 orang.

*Sign Out* merupakan tahap akhir yang dilakukan saat penutupan luka operasi atau sesegera mungkin setelah penutupan luka sebelum pasien dikeluarkan dari kamar operasi. Koordinator memastikan prosedur sesuai rencana, kesesuaian jumlah alat, kasa, jarum, dan memastikan pemberian etiket dengan benar pada bahan-bahan yang akan dilakukan pemeriksaan patologi (Irmawati, 2017). Ketiga tahapan tersebut harus dilaksanakan secara serentak untuk mewujudkan peningkatan keselamatan pasien secara menyeluruh dalam segala hal.

# BAB V

## PENCATATAN DAN PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

### A. DEFINISI DAN TUJUAN PENCATATAN DAN PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

#### 1. Definisi Pencatatan dan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Sistem pencatatan dan pelaporan adalah salah satu elemen penting yang dibutuhkan dalam manajemen *patient safety*. *The National Patient Safety Agency (NPSA)* bahkan menempatkan pencatatan dan pelaporan sebagai salah satu dari tujuh langkah menuju keselamatan pasien. Pencatatan dan pelaporan disini diartikan sebagai sebuah tindakan berupa komunikasi secara jujur untuk mengakui dan meminta maaf atas kesalahan atau cedera medis yang dialami pasien. Tindakan pelaporan untuk tidak menghindari dan menyembunyikan jika terdapat kesalahan medis yang terjadi adalah bagian dari kebijakan *medical error disclosure*. Mengakui kesalahan saat terjadinya KTD maupun kesalahan medis lainnya bukanlah hal mudah. Diperlukan prinsip mendasar berupa budaya tidak saling menyalahkan dan memberi hak berupa ganti rugi akibat kesalahan medis (Cahyono, 2008).

Sudah semestinya, rumah sakit maupun penyedia layanan kesehatan lainnya mengubah sudut pandang dalam menghadapi adanya cedera medis ataupun KTD. Hal ini bergantung dari setiap individu memandang dilakukannya *error*, persepsi penyebab KTD dan sistem pelaporan dan pembahasan KTD. Jika rumah sakit atau lembaga penyedia layanan kesehatan tersebut menerapkan *blaming culture* (budaya menyalahkan), maka bisa dipastikan tidak ada petugas medis yang “berani” melaporkan cedera/KTD. Tanpa adanya laporan, selain permasalahan dan sebab-sebab terjadinya tidak diketahui dan tidak akan bisa diatasi, hak-hak pasien dan keluarganya pun tereduksi. Maka, semestinya, cedera dan KTD dapat semakin diminimalisir serta dapat membuat petugas medis semakin belajar dari kesalahan yang pernah dilakukan. Maka, penerapan sistem *safety culture*, (bukan *blaming culture*) semestinya menjadi tujuan dari rumah sakit/ penyedia layanan kesehatan sebagai salah satu faktor untuk meningkatkan keselamatan pasien.



Paradigma baru berkaitan dengan praktik medis adalah menempatkan kesalahan sebagai sesuatu yang bersifat manusiawi, bersikap jujur dan belajar dari setiap KTD yang terjadi serta memperbaiki secara sistem sedemikian rupa sehingga individu sulit melakukan kesalahan dan mudah bertindak benar (Cahyono, 2008). Caranya adalah dengan perlahan menghilangkan tindakan menyalahkan atas terjadinya suatu KTD, kesalahan medis atau cedera lainnya bagi profesi apapun. Budaya kejujuran saat melakukan kesalahan menjadi sangat penting dalam hal ini. Apalagi, cedera medis sebenarnya lebih dari 50% dapat dicegah. Pencegahan terjadinya kesalahan medis tersebut dapat dilakukan dengan terbentuknya sebuah sistem, yakni sistem pencatatan dan pelaporan yang dinilai efektif menurunkan tingkat KTD dan cedera medis.

Sebelum memasuki kesadaran petugas medis untuk melakukan tindakan pencatatan dan pelaporan medis adalah menciptakan perubahan berupa penghapusan *blaming culture* di setiap institusi penyedia layanan kesehatan. Kurt Levin dalam Cahyono (2008), menyebutkan sejumlah langkah dapat ditempuh untuk menciptakan budaya baru yang mengutamakan keselamatan pasien dibandingkan dengan tindakan saling menyalahkan saat terjadi KTD/ cedera medis. Langkah *pertama* adalah proses penyadaran tentang kebutuhan akan perubahan, yakni meninggalkan perilaku lama. Perilaku yang dimaksudkan disini adalah perilaku menyalahkan, menyembunyikan kesalahan/KTD, tidak bekerja secara tim, pengambilan keputusan medis hanya berlandaskan opini personal dan pendekatan personal dalam melihat masalah medis. Sejumlah perilaku lama tersebut harus dihapuskan demi adanya pencatatan dan pelaporan medis.

Langkah *kedua* adalah penggantian pola-pola lama. Institusi pelayanan kesehatan dan seluruh pihak didalamnya juga harus berani menerima nilai baru berupa pencatatan/ pelaporan KTD, tanpa bersikap saling menyalahkan, bekerja secara *teamwork*, melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan klinis, memandang kesalahan dalam kerangka sistem, mengambil keputusan medis serta berani berkata jujur (*medical error disclosure*). Langkah *terakhir* adalah dengan memperkuat organisasi dengan perubahan (*changing*) menjadi yang lebih baik. Caranya adalah dengan melakukan *upgrade* kemampuan seluruh tenaga kesehatan demi profesionalitas dan keselamatan pasien. Selain itu, langkah terakhir ini juga dapat berupa pelatihan, pendidikan, penilaian kompetensi melalui kredensial dan

rekredensial, akreditasi rumah sakit untuk tingkat institusi dengan tujuan mewujudkan *safety culture*.

Dalam UU Keselamatan Pasien Dalam UU. No 44 th 2009 Tentang Rumah Sakit Pasal 43 telah disebutkan bahwa institusi penyedia layanan kesehatan memiliki sejumlah kewajiban berkenaan dengan keselamatan pasien, khususnya pelaporan insiden. Hal itu diantaranya:

- a. RS wajib menerapkan Standar Keselamatan Pasien.
- b. Standar Keselamatan Pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD).
- c. RS melaporkan kegiatan ayat 2 kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan Menteri.
- d. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) pada ayat 2 dibuat secara anonim dan ditujukan untuk mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien.
- e. Ketentuan lebih lanjut mengenai keselamatan pasien ayat 1 dan ayat 2 diatur dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Pasal 6.
- f. Setiap rumah sakit wajib membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) yang ditetapkan oleh kepala rumah sakit sebagai pelaksana kegiatan keselamatan pasien.
- g. TKPRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab kepada kepala rumah sakit.
- h. Keanggotaan TKPRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari manajemen rumah sakit dan unsur dari profesi kesehatan di rumah sakit.
- i. KPRS melaksanakan sejumlah tugas. Diantara tugas KPRS adalah mengembangkan program keselamatan pasien di rumah sakit sesuai dengan kekhususan rumah sakit tersebut. KPRS juga bertugas menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit. Tim KPRS juga bertanggung jawab dalam menjalankan peran untuk melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan (monitoring) dan penilaian (evaluasi) tentang terapan (implementasi) program keselamatan pasien rumah sakit. Tim KPRS juga harus bekerjasama dengan bagian pendidikan dan pelatihan rumah sakit untuk melakukan pelatihan internal. Pelatihan

tersebut akan memberikan manfaat berupa pengetahuan sekaligus keterampilan dalam menghadapi insiden keselamatan pasien. KPRS berhak melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisa insiden serta mengembangkan solusi untuk pembelajaran. Keberadaan KPRS ini tidak lain juga memberikan masukan dan pertimbangan pada kepala rumah sakit. Masukan dan pertimbangan tersebut tentu terkait dengan kebijakan yang bertujuan untuk meningkatkan Keselamatan pasien rumah sakit.

## **2. Tujuan Pencatatan dan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien**

Pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien tentunya dilakukan bukan tanpa maksud dan tujuan. Pelaksanaan pelaporan insiden pasien memiliki sejumlah tujuan yang tidak lepas dari konsep *patient safety* bagi pasien (KKPRS, 2015). Tujuan umum dari pelaksanaan pelaporan insiden adalah menurunkannya insiden keselamatan pasien (KTD, KNC, KTC dan KPC) serta meningkatkan mutu dan pelayanan keselamatan pasien. Pelaporan insiden keselamatan pasien juga memiliki tujuan khusus baik bagi rumah sakit maupun bagi KKPRS. Di rumah sakit, pelaporan insiden bertujuan untuk dapat terlaksananya sistem pelaporan dan pencatatan insiden keselamatan pasien dan mengetahui penyebab insiden keselamatan pasien hingga diketahui akar masalahnya. Pelaporan insiden juga bertujuan untuk mendapatkan pembelajaran demi perbaikan asuhan pada pasien agar dapat mencegah kejadian yang sama terulang lagi.

Bagi KKPRS, pelaporan insiden diperlukan untuk memperoleh data/ peta nasional angka insiden keselamatan pasien (KTD, KNC, KTC) dan memperoleh pembelajaran untuk meningkatkan keselamatan pasien bagi rumah sakit lain. Tujuan pelaporan insiden selanjutnya bagi KKPRS adalah menetapkan langkah-langkah praktis Keselamatan Pasien untuk rumah sakit di Indonesia.

Sejumlah tujuan pencatatan dan pelaporan pasien diatas tentunya dapat dicapai dengan pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien dengan maksimal. Harapannya, jika tujuan sudah tercapai maka budaya keselamatan pasien juga akan tercipta dalam sebuah institusi penyedia layanan kesehatan.

## **B. ALUR INVESTIGASI INSIDEN KESELAMATAN PASIEN**

### **1. Alur Investigasi Insiden Keselamatan Pasien**

Proses investigasi insiden keselamatan pasien tidak lepas dari manajemen risiko sebagaimana yang dijelaskan di BAB I. Alur investigasi dimulai dengan pengelolaan dan pengelompokan insiden keselamatan pasien. Jika dalam pengelolaan insiden keselamatan pasien masuk dalam kategori warna hijau dan kuning, maka tindak lanjut evaluasi dan penyelesaiannya juga dilakukan dengan investigasi sederhana.

Sejumlah tahapan investigasi (Nurzakiah, 2016) diantaranya adalah melakukan identifikasi insiden dan grading risiko, mengumpulkan data dan informasi dengan cara observasi, telaah dokumen dan wawancara. Selanjutnya, investigasi dilanjutkan dengan memaparkan kronologis kejadian. Usai pemaparan kronologis acara, tindakan beralih pada analisa dan evaluasi sederhana. Pada proses evaluasi ini terdapat penyebab langsung (berasal dari individu, alat dan lingkungan) maupun menemukan penyebab insiden secara tidak langsung (individu, kerja). Tahapan terakhir dalam investigasi adalah rekomendasi. Rekomendasi tersebut adalah masukan atas evaluasi yang dilakukan atas terjadinya insiden baik jangka pendek, jangka menengah maupun jangka panjang.

Di bawah ini, terdapat sejumlah informasi dalam bentuk tabel yang dapat diisi untuk melakukan investigasi sederhana terkait terjadinya insiden keselamatan pasien. Dari alur investigasi ini akan diketahui sebab yang melatarbelakangi terjadinya insiden. Baik penyebab langsungnya maupun akar masalah. Setelah diketahui, maka langkah selanjutnya adalah apa rekomendasi dan tindakan yang semestinya dilakukan institusi berkaitan dengan insiden tersebut. Tabel investigasi sederhana insiden keselamatan pasien yang harus diisi:

### LEMBAR KERJA INVESTIGASI SEDERHANA

Penyebab Langsung Insiden :	
Penyebab yang melatarbelakangi/akar masalah insiden :	
Rekomendasi :	
Penanggungjawab :	Tanggal :
Tindakan yang akan dilakukan :	
Penanggung Jawab :	Tanggal :
Manager/Kepala Bagian/Kepala Unit :	
Nama :	Tanggal mulai investigasi :
Tanda Tangan :	Tanggal selesai investigasi :
Manajemen Resiko :	
Investigasi lengkap : YA/TIDAK	Tanggal :
Diperlukan investigasi lebih lanjut : YA/TIDAK	Tanggal :
Investigasi setelah grading ulang : Hijau/Kuning/Merah	

**Tabel 1.5.** Tabel Lembar Kerja Investigasi Sederhana

## 2. Tipe Insiden

Untuk mengisi tipe insiden, harus melakukan analisis dan investigasi terlebih dahulu. Insiden terdiri dari tipe insiden dan subtype insiden. Setelah mengetahui tipenya, maka baru dapat dilakukan pengisian formulir. Tipe insiden dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

No	Tipe Insiden		Subtipe Insiden
1.	Administrasi klinik	a. Proses	i. Serah terima ii. Perjanjian iii. Daftar tunggu atau antrian iv. Rujukan atau konsultasi v. Admisi vi. Keluar atau pulang dari ranap RS vii. Pindah perawatan atau <i>transfer of care</i> viii. Identifikasi pasien ix. <i>Consent</i> x. Pembagian tugas xi. Respon terhadap kegawatdaruratan
		b. Masalah	i. Tidak <i>performed</i> ketika dibutuhkan ii. Indikasi iii. Tidak lengkap atau inadkuat iv. Tidak tersedia

			<ul style="list-style-type: none"> <li>v. Salah pasien</li> <li>vi. Salah proses/ pelayanan</li> </ul>
2.	Prosedur klinis	a. Proses	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. <i>Skriming</i> atau pencegahan atau <i>medical check up</i></li> <li>ii. Diagnosis atau <i>assessment</i></li> <li>iii. Prosedur atau pengobatan atau intervensi</li> <li>iv. <i>General care</i> atau <i>management</i></li> <li>v. Tes atau investigasi</li> <li>vi. Spesimen atau hasil</li> <li>vii. Belum dipulangkan (<i>detention</i> atau <i>restraint</i>)</li> </ul>
		b. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Tidak <i>performance</i> ketika dibutuhkan atau indikasi</li> <li>ii. Tidak lengkap atau inadkuat</li> <li>iii. Tidak tersedia</li> <li>iv. Salah pasien</li> <li>v. Salah proses pengobatan atau prosedur</li> <li>vi. Salah bagian tubuh atau sisi</li> </ul>
3.	Dokumentasi	a. Dokumen yang terkait	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. <i>Order</i> atau permintaan</li> <li>ii. <i>Chart</i> (rekam medis) dan <i>assessment</i> (konsultasi)</li> <li>iii. <i>Check list</i></li> <li>iv. <i>Form</i> atau sertifikat</li> <li>v. Instruksi, informasi, kebijakan, SPO, atau <i>guideline</i></li> <li>vi. Label, stiker, identifikasi bands, atau kartu</li> <li>vii. Surat, <i>e-mail</i>, atau rekaman komunikasi</li> <li>viii. Laporan, hasil, atau <i>images</i></li> </ul>
		b. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Dokumen hilang atau tidak tersedia</li> <li>ii. Terlambat mengakses dokumen</li> <li>iii. Salah dokumen atau salah orang</li> <li>iv. Tidak jelas, membingungkan, atau <i>illegible</i></li> </ul>
4.	Infeksi Nosokomial ( <i>Hospital Assosiated Infection</i> )	a. Tipe organisme	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Bakteri</li> <li>ii. Virus</li> <li>iii. Jamur</li> <li>iv. Parasit</li> <li>v. Protozoa</li> <li>vi. <i>Rickettsia</i></li> <li>vii. <i>Prion</i> (Partikel protein yang <i>infeksius</i>)</li> <li>viii. Organisme tidak teridentifikasi</li> </ul>
		b. Tipe atau bagian infeksi	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. <i>Bloodstream</i></li> <li>ii. Bagian yang dioperasi</li> <li>iii. Abses</li> <li>iv. Pneumonia</li> <li>v. Kanul IV</li> <li>vi. Protesis infeksi</li> <li>vii. Drain atau tube urin</li> <li>viii. Jaringan lunak</li> </ul>
5.	Medikasi atau Cairan	a. Medikasi atau cairan	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Daftar Medikasi</li> <li>ii. Daftar Cairan infus</li> </ul>

	Infus	infus yang terkait	
		b. Proses penggunaan medikasi /Cairan infus	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Peresepan</li> <li>ii. Persiapan atau <i>dispensing</i></li> <li>iii. Pemarketan</li> <li>iv. Pengantaran</li> <li>v. Pemberian</li> <li>vi. <i>Supply</i> atau pesan</li> <li>vii. Penyimpanan</li> <li>viii. <i>Monitoring</i></li> </ul>
		c. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Salah obat</li> <li>ii. Salah pasien</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Salah dosis / kekuatan / frekuensi</li> <li>ii. Salah formulasi / presentasi</li> <li>iii. Salah rute pemberian</li> <li>iv. Salah jumlah / kuantitas</li> <li>v. Salah <i>dispensing</i> label atau instruksi</li> <li>vi. Kontraindikasi</li> <li>vii. Salah penyimpanan</li> <li>viii. <i>Omitted medicine or dose</i></li> <li>ix. Obat kadaluarsa</li> <li>x. <i>Adverse drug reaction</i> (reaksi efek samping obat)</li> </ul>
6.	Transfusi darah (Produk Darah)	a. Transfusi darah (produk darah terkait)	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Produk selular</li> <li>ii. Faktor pembekuan (<i>clotting</i>)</li> <li>iii. <i>Albumin</i> atau plasma protein</li> <li>iv. <i>Imunoglobulin</i></li> </ul>
		b. Proses Transfusi darah / Produk darah terkait	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Tes pre transfuse</li> <li>ii. Peresepan</li> <li>iii. Persiapan atau <i>dispensing</i></li> <li>iv. Pengantaran</li> <li>v. Pemberian</li> <li>vi. Penyimpanan</li> <li>vii. <i>Monitoring</i></li> <li>viii. Presentasi atau pemarketan</li> <li>ix. <i>Supply</i> atau pesan</li> </ul>
		c. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Salah pasien</li> <li>ii. Salah darah atau produk darah</li> <li>iii. Salah dosis atau frekuensi</li> <li>iv. Salah jumlah</li> <li>v. Salah label <i>dispensing</i> atau instruksi</li> <li>vi. Kontraindikasi</li> <li>vii. Salah penyimpanan</li> <li>viii. Obat atau dosis yang diabaikan</li> <li>ix. Darah kadaluarsa</li> <li>x. Efek samping (<i>adverse effect</i>)</li> </ul>
7.	Nutrisi	a. Nutrisi yang terkait	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Nutrisi umum</li> <li>ii. Nutrisi khusus</li> </ul>

		b. Proses nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Pereseapan atau permintaan</li> <li>ii. Persiapan, manufaktur, memasak</li> <li>iii. <i>Supply</i> atau order</li> <li>iv. Penyajian</li> <li>v. <i>Dispensing</i> atau alokasi</li> <li>vi. Pengantaran</li> <li>vii. Pemberian</li> <li>viii. Penyimpanan</li> </ul>
		c. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Salah pasien</li> <li>ii. Salah diet</li> <li>iii. Salah jumlah</li> <li>iv. Salah Frekuensi</li> <li>v. Salah konsistensi</li> </ul>
8.	Oksigen (Gas)	a. Oksigen (gas terkait)	Daftar oksigen atau gas terkait
		b. Proses penggunaan oksigen (gas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Label silinder, warna kode, <i>index pin</i></li> <li>ii. Pereseapan</li> <li>iii. Pemberian</li> <li>iv. Pengantaran</li> <li>v. <i>Supply</i> atau order</li> </ul>
		c. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Salah pasien</li> <li>ii. Salah gas</li> <li>iii. Salah <i>rate, flow</i>, konsentrasi</li> <li>iv. Salah mode pengantaran</li> <li>v. Kontraindikasi</li> <li>vi. Salah penyimpanan</li> <li>vii. Gagal pemberian</li> <li>viii. Kontaminasi</li> </ul>
9.	Alat medis / Alat kesehatan / <i>Equipment property</i>	a. Tipe Alat medis, alat kesehatan, <i>equipment property</i>	Daftar Alat medis , alat kesehatan , <i>equipment property</i>
		b. Masalah	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Presentasi atau pemaketan tidak baik</li> <li>ii. Ketidaktersediaan</li> <li>iii. <i>Inapropriate for task</i></li> <li>iv. Tidak bersih atau tidak steril</li> <li>v. Kegagalan atau malfungsi</li> </ul>
10.	Pasien	a. Perilaku pasien	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. Tidak kooperatif</li> <li>ii. Tidak pantas, sikap bermusuhan, kasar</li> <li>iii. Berisiko, sembrono, berbahaya</li> <li>iv. Masalah dengan penggunaan substansi (<i>abuse</i>)</li> <li>v. Mengganggu (<i>harrassment</i>)</li> <li>vi. Diskriminatif atau berprasangka</li> <li>vii. Berkeliaran atau melarikan diri</li> <li>viii. Sengaja mencederai diri atau bunuh diri</li> </ul>



		b. Agresi atau <i>assault</i>	i. Agresi verbal ii. Kekerasan fisik iii. Ancaman nyawa
11	Jatuh	a. Tipe Jatuh	i. Tersandung ii. Slip iii. Kolaps iv. Hilang keseimbangan
		b. Keterlibatan saat jatuh	i. <i>Velbed</i> ii. Tempat tidur iii. Kursi iv. Strecher v. Toilet vi. Peralatan terapi vii. Tangga viii. Dibawa atau dibantu oleh orang lain
12	Kecelakaan	a. Benturan tumpul	i. Kontak dengan benda/binatang ii. Kontak dengan orang iii. Hancur, remuk
		b. Serangan tajam atau tusukan	i. Cakaran, ii. Sayatan, iii. Tusukan, iv. Gigitan, v. Sengatan
		c. Kejadian Mekanik lain	i. Benturan akibat ledakan bom ii. Kontak dengan mesin
		d. Peristiwa Mekanik lain	
		e. Mekanisme Panas	Panas yang berlebihan, dingin yang Berlebihan
		f. Ancaman Pada pernafasan	Ancaman mekanik pernafasan, tenggelam atau hampir tenggelam, pembatasan oksigen - kekurangan tempat ( <i>Confinement to Oxygen-Deficient Place</i> )
		g. Paparan bahan kimia atau substansi lainnya	i. Keracunan bahan kimia atau substansi lain ii. Bahan kimia korosif
		h. Mekanisme spesifik yang lain menyebabkan cedera	i. Paparan listrik/radiasi ii. Paparan suara/ getaran iii. Paparan tekanan udara iv. Paparan karena gravitasi rendah
		i. Paparan Karena dampak cuaca, bencana alam	

13.	Infrastruktur, Bangunan, Benda lain yang terpasang Tetap	a. Keterlibatan Struktur atau Bangunan Masalah	i. Daftar struktur ii. Daftar Bangunan iii. Daftar Furniture iv. Inadekuat v. <i>Damaged/Faulty/Worn</i>
14.	<i>Resource</i> atau manajemen organisasi	a. Beban kerja manajemen yang berlebihan, Ketersediaan/keadudukan tempat tidur/ pelayanan, Sumber Daya Manusia, Ketersediaan/keadudukan staf organisasi atau tim b. <i>Protocols, Kebijakan, SOP Guideline</i> c. Ketersediaan, <i>Adequacy</i>	
15.	Laboratorium (Patologi)	a. Pengambilan, <i>pick up</i> transport <i>Sorting, data entry, Prosesing,</i> verifikasi atau validasi hasil	

**Tabel 2.5** Tabel Tipe Insiden Keselamatan Pasien (KKPRS, 2015)

**Contoh penentuan tipe insiden :**

Insiden : Pasien jatuh dari tempat tidur

Tipe Insiden : Jatuh

Subtipe insiden : Tipe jatuh : slip / terpeleset,

Keterlibatan saat jatuh : Toilet

Insiden : Tertukar hasil pemeriksaan laboratorium

Tipe Insiden : Laboratorium

Subtipe insiden : Hasil

### 3. Sejumlah Insiden Keselamatan Pasien yang Harus Dilaporkan

#### a) Infeksi Nosokomial

Infeksi nosokomial (INOS) adalah infeksi yang didapat atau timbul pada waktu pasien dirawat di rumah sakit. Rumah sakit merupakan suatu tempat orang sakit dirawat dan ditempatkan dalam jarak yang sangat dekat. Di tempat ini pasien mendapatkan terapi dan perawatan untuk agar mendapat kesembuhan. Akan tetapi, rumah sakit dapat juga meruoakan depot bagi berbagai macam penyakit yang berasal dari penderita maupun dari pengunjung yang berstatus pembawa (carrier). Kuman penyakit ini dapat hidup dan berkembang di lingkungan rumah sakit, seperti udara, air, lantai, makanan dan benda-benda medis maupun nonmedis. Mulai tahun 2001, Depkes RI telah memasukkan pengendalian infeksi nosokomial sebagai salah satu tolak ukur akreditasi rumah sakit (Nursalam, 2014).

Nosokomial berasal dari bahasa Yunani berarti rumah sakit, sehingga infeksi nosokomial diartikan sebagai infeksi yang diperoleh selama dalam perawatan di rumah sakit. Infeksi ini ada sejak adanya rumah sakit. Untuk mencegah terjadinya penyebaran penyajkut di masyarakat, pada abad 18, penderita penyakit dikucilkan di rumah sakit. Maka, pada waktu itu rumah sakit merupakan bangsal yang luas, suram, penuh sesak. Dengan demikian, kutu, kotoran dan infeksi pun dengan cepat menjalar dari seorang pasien ke pasien yang lain. Infeksi ini dapat dikurangi dengan penggunaan antibiotika (Waluyo, 2007).

Infeksi nosokomial adalah masalah yang sangat penting di seluruh dunia dan meningkat setiap tahunnya. Berbagai upaya telah dilakukan oleh pihak tenaga kesehatan untuk memcegah terjadinya infeksi nosokomial. Salah satunya adalah penerapan *universal precaution* (perlindungan diri), meskipun peningkatan infeksi ini tetap terjadi. Infeksi nosokomial dapat menyebabkan pasien harus dirawat lebih lama, sehingga mengeluarkan biaya yang jauh lebih banyak. Selain rumah sakit juga akan mengeluarkan banyak biaya untuk perawatan, pasien bisa saja terancam nyawanya karena infeksi nosokomial tanpa penanganan yang tepat.

Berdasarkan studi yang dilakukan WHO di 55 rumah sakit di 14 negara di seluruh dunia juga menunjukkan bahwa 8,7% pasien rumah sakit menderita infeksi selama menjalani perawatan di rumah sakit. Sementara di negara berkembang, diperkirakan lebih dari 40% pasien di rumah sakit terserang infeksi nosokomial. Maka, *universal precaution* merupakan upaya pencegahan infeksi yang mengalami perjalanan panjang, dimulai sejak dikenalnya infeksi nosokomial yang terus menjadi ancaman bagi petugas kesehatan dan pasien. Unsur *universal precaution* meliputi cuci tangan, alat pelindung yang sesuai, pengelolaan alat tajam (disediakan tempat khusus untuk membuang jarum suntik, bekas botol ampul, dan sebagainya), dekontaminasi, sterilisasi, disinfeksi dan pengelolaan limbah (Nursalam, 2014).

Infeksi adalah adanya suatu organisme pada jaringan atau cairan tubuh yang disertai suatu gejala klinis baik lokal maupun sistemis. Infeksi nosokomial itu muncul selama seseorang berada di rumah sakit. Infeksi nosokomial ini dapat berasal dari dalam tubuh penderita maupun luar tubuh. Sumber dan cara penularan terutama melalui tangan petugas kesehatan, jarum injeksi, kateter IV, kateter urine, kasa pembalut atau perban, dan cara yang keliru menangani luka. Selain pada pasien, infeksi ini bisa saja dialami oleh seluruh personel rumah sakit yang berhubungan dengan pasien, penunggu dan pengunjung pasien.

Penyebab infeksi nosokomial adalah terletak pada karakteristik mikroorganisme, resistensi terhadap zat-zat antibiotik, tingkat virulensi dan banyaknya materi infeksius. Penyebabnya adalah agen baik berupa bakteri, virus, parasite dan jamur. Penyebab lainnya adalah respon toleransi tubuh, resistensi terhadap agen antibiotik dan faktor alat yang tidak steril. Infeksi nosokomial ini wajib dicatat dan dilaporkan agar menghindari risiko berupa terancamnya keselamatan pasien. Maka, penularan dan persebaran penyakit harus dicegah dan diantisipasi sedemikian rupa sehingga tidak membuat pasien semakin menderita karena tertular penyakit lain.

Perpindahan penyakit atau penularan penyakit tergantung pada dua faktor penting, yakni lepasnya patogen dari hospesnya dan masuknya patogen itu ke hospes dalam hospes yang lain. Sejumlah pemindahan penyakit pun dapat terjadi melalui sejumlah media. Misalnya pemindahsebaran penyakit melalui udara. Peristiwa ini sering disebut sebagai infeksi asal udara, dimana dalam persebaran penyakit ditularkan melalui udara.

Wahannya bisa melalui tetesan air liur, sekresi pernafasan lain, debu tercemar dan benda mati yang tercemar patogen. Penyebaran infeksi asal debu dapat terjadi karena setiap kegiatan menimbulkan debu, misalnya menyapu, mengatur tempat tidur hingga berpakaian.

Sejumlah penyakit dengan penularan melalui udara misalnya bakteri penyakit difteri (*Corinebacterium diphtheria*) yang menyebabkan penderita kesulitan bernafas. Lalu, kuman penyakit radang tenggorokan dan faringitis seperti *Streptococcus pyogenes* yang penyebarannya melalui dahak. Ada pula penularan kuman TBC yakni kuman *Mycobacterium tuberculosis* yang menginfeksi paru-paru. Penyakit *pneumonia* juga disebabkan oleh kuman *Streptococcus pneumonia* yang menyebar melalui udara. Sejumlah penyakit lain seperti *influenza*, cacar air, gondong, rubella, polio dsb. Ada pula penyakit yang tersebar melalui makanan, melalui air dan melalui serangga (Waluyo, 2007).

#### **b) Kesalahan Pemberian Obat Oleh Perawat**

Kurangnya koordinasi dan komunikasi yang tidak efektif bisa saja menimbulkan sejumlah kejadian yang tidak diinginkan dalam dunia kesehatan. Salah satunya adalah kesalahan pemberian obat oleh perawat pada pasien. Jika tidak menimbulkan cedera medis fatal, bisa dikatakan sebagai sebuah keberuntungan bagi pasien maupun rumah sakit. Namun, akan sangat disesalkan ketika kesalahan pemberian obat tersebut menimbulkan cedera fatal, cacat atau bahkan terancam jiwanya (kematian) karena kesalahan konsumsi obat. Hal inilah yang kemudian wajib dilaporkan jika memang terjadi kesalahan atau insiden dalam keselamatan pasien. Pelaporan insiden terkait kesalahan pemberian obat ini juga merupakan salah satu insiden yang semestinya dilaporkan.

Sejumlah hal dapat dijadikan sebagai indikator kesalahan pemberian obat. Misalnya saja diantaranya adalah petugas salah pasien, salah nama (tidak sesuai dengan *medical record*) dan salah waktu (terlambat pemberian atau terlalu cepat) dalam memberikan obat, salah rute (seharusnya diminum, oral, iv, sc, drip dsb). Kesalahan dosis yang diberikan baik berlebihan atau kurang dari peresepan dokter dapat dinilai sebagai *medication error*, salah obat (obat tidak sesuai resep) dan salah dokumentasi merupakan sejumlah indikasi adanya kesalahan pengobatan (Nursalam, 2014).

Dalam hal ini, perawat semestinya benar-benar berhati-hati agar tidak terjadi insiden berkenaan dengan pemberian obat (medication error). Jika terjadi, maka semestinya secepatnya segera dilaporkan demi melihat faktor penyebab dan tidak terjadi atau tidak terulang kembali.

**c) Pasien Jatuh (*Patient Fall*)**

Salah satu insiden yang kerap terjadi di rumah sakit dan menjadi hal yang menjadi perhatian terkait keselamatan pasien adalah terjadinya pasien jatuh. Pasien dikategorikan berisiko jatuh apabila mempunyai satu atau lebih faktor yang berisiko jatuh saat dikaji. *Pertama*, berdasarkan faktor intrinsik seorang pasien dapat dikategorikan sebagai pasien risiko jatuh adalah dilihat dari karakteristik pasien dan fungsi fisiknya, diagnosis perubahan fisik dan medisasi dan interaksi obat. Ketiga faktor tersebut dapat saja mempengaruhi keadaan fisik pasien sehingga memiliki risiko jatuh.

Selain faktor intrinsik, ada pula faktor ekstrinsik untuk melihat potensi jatuh seorang pasien di rumah sakit. Yakni, melihat pada tingkat pencahayaan, permukaan lantai, furniture, ketinggian tempat tidur, *call bell*, terlalu lama dirawat hingga pemakaian alat bantu. Faktor ini bisa saja dialami pasien saat di rumah sakit, misalnya permukaan lantai yang tidak rata/ licin atau pasien memang menggunakan alat bantu jalan seperti tongkat/ kursi roda. Letak *call bell* perawat yang terlalu tinggi dari tempat tidur juga dapat menimbulkan risiko pasien jatuh.

Jika pasien memiliki sejumlah risiko diatas, sebaiknya petugas kesehatan dan perawat lebih siaga demi menjaga agar tidak terjadinya insiden atau hal-hal yang tidak diinginkan. Saat pasien benar-benar berisiko dan rawan jatuh, maka semestinya dipasangkan identitas khusus seperti gelang warna kuning untuk pasien dengan risiko jatuh. Misalnya dikarenakan pasien tersebut memang menggunakan alat bantu berupa tongkat dalam berjalan karena masih dalam proses penyembuhan atas kecelakaan. Contoh lain misalnya pasien dengan rentang usia rawan jatuh (pasien usia lanjut) yang memiliki keterbatasan kekuatan fisik.

## **C. ALUR PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN**

Sistem pelaporan adalah salah satu cara mengurangi terjadinya insiden yang dapat mengancam keselamatan pasien. Sistem pelaporan di suatu institusi atau rumah sakit bermaksud

untuk mengajak semua orang dalam organisasi untuk peduli akan bahaya maupun potensi bahaya yang belum terjadi pada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya kesalahan (*error*) sehingga diharapkan dapat mendorong investigasi selanjutnya. Pelaporan insiden keselamatan pasien ini penting sebagai proses pembelajaran untuk mencegah terjadinya kejadian yang sama terulang kembali.

Hal yang harus dilakukan sebuah institusi penyedia layanan kesehatan sebelum memulai sistem pelaporan adalah menyusun sejumlah hal. Diantaranya membuat kebijakan pelaporan insiden di rumah sakit, menentukan alur pelaporan, mendesain dan menyediakan formulir pelaporan dan prosedur pelaporan. Seluruh rangkaian kebijakan pelaporan insiden keselamatan pasien tersebut harus disosialisasikan kepada seluruh karyawan, baik medis maupun non medis. Sebab, insiden keselamatan pasien berkaitan dengan seluruh elemen di rumah sakit. Sosialisasi tersebut juga penting demi mewujudkan keselamatan pasien yang komprehensif.

Insiden yang dimaksudkan untuk dilaporkan disini adalah insiden (KTD dsb) yang sudah terjadi, nyaris terjadi ataupun berpotensi terjadi. Orang yang bertugas membuat laporan insiden (*Incident Report*) bukan hanya petugas medis. Namun, siapa saja atau semua staf yang pertama kali menjumpai adanya kejadian insiden tersebut. Untuk itulah, pelatihan perlu diberikan kepada seluruh karyawan di rumah sakit agar mengetahui alur pelaporan insiden yang dimaksud. Seluruh karyawan diberikan informasi, sosialisasi dan pelatihan mengenai sistem pelaporan insiden mulai dari maksud, tujuan dan manfaat pelaporan, alur pelaporan, bagaimana cara mengisi formulir laporan insiden, kapan harus melaporkan dan istilah-istilah yang digunakan dalam sistem pelaporan insiden.

Hal yang sering menghambat dalam pelaporan insiden keselamatan pasien ini adalah setiap staf di rumah sakit merasa tidak bertanggungjawab untuk melaporkan insiden. Hambatan ini harus dapat diatasi dengan edukasi dan informasi pada staf bahwa pelaporan insiden bukan hanya pekerjaan perawat saja. Namun, menjadi tugas profesi apapun di rumah sakit yang melihat insiden, nyaris ataupun potensi insiden. Sebab, seluruh komponen di institusi kesehatan dapat melakukan pelaporan. Hambatan lain berupa laporan insiden yang sering disembunyikan (*underreport*) dan miskin data disebabkan karena takut akan disalahkan. Dalam hal ini, pembentukan budaya *safety* lebih ditekankan di lingkungan rumah sakit. Bukan justru *blaming culture* (budaya saling menyalahkan), sehingga terjadi ketakutan saat hendak melakukan

pelaporan insiden. Keterlambatan pelaporan insiden juga seringkali menjadi faktor penghambat efektivitas pelaporan insiden.

Di bawah ini, terdapat susunan alur pelaporan insiden keselamatan pasien baik dalam internal institusi maupun pelaporan eksternal atau pada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). Berdasarkan pedoman dari KKPRS (2015), jenis pelaporan insiden ada dua macam yakni pelaporan insiden pada Tim Keselamatan Pasien di RS (Internal) dan *kedua* adalah pelaporan eksternal kepada KKPRS. **Pertama**, pelaporan insiden pada Tim Keselamatan Pasien di RS (Internal) antara lain:

1. Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD/KTC/KPC) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah atau ditangani) untuk mengurangi dampak atau akibat yang tidak diharapkan.
2. Setelah ditindaklanjuti, segera membuat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja atau shift kepada Atasan langsung. Paling lambat 2 x 24 jam; diharapkan jangan menunda laporan.
3. Setelah selesai mengisi laporan, segera menyerahkan kepada Atasan langsung pelapor. (Atasan langsung disepakati sesuai keputusan manajemen: Supervisor/Kepala Bagian/ Instalasi/ Departemen / Unit).
4. Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan.
5. Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut (grade/ warna lihat bab I).

Untuk grade biru, tindakan yang harus dilakukan adalah investigasi sederhana oleh atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu. Grade hijau, bentuk investigasi yang akan dilakukan adalah investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu. Sementara itu, grade kuning, pihak rumah sakit perlu melakukan investigasi komprehensif/Analisis akar masalah/RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari. Terakhir, saat penentuan grade berwarna merah, maka semestinya dilakukan investigasi komprehensif/Analisis akar masalah / RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.

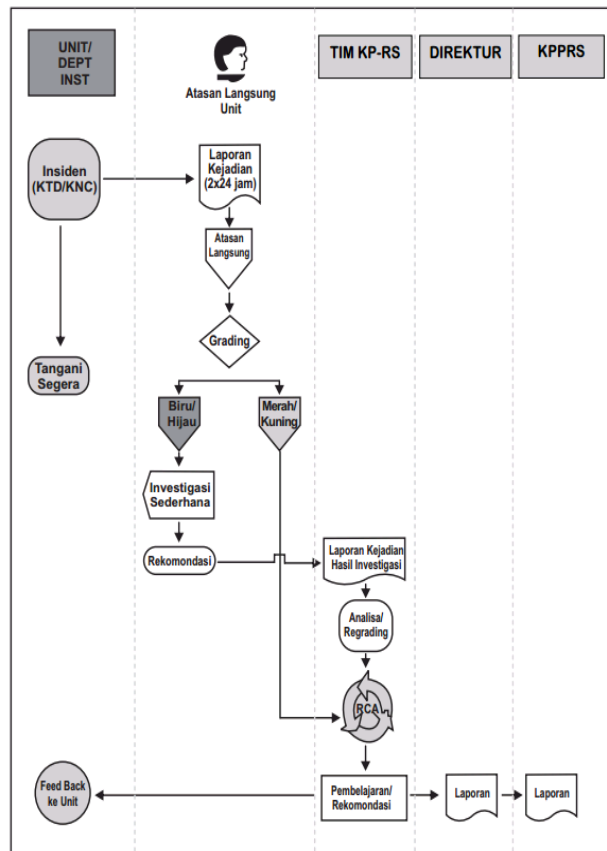
6. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KP di RS .



7. Tim KP di RS akan menganalisa kembali hasil Investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan Regrading.
8. Untuk grade Kuning / Merah, Tim KP di RS akan melakukan Analisis akar masalah / *Root Cause Analysis* (RCA)
9. Setelah melakukan RCA, Tim KP di RS akan membuat laporan dan Rekomendasi untuk perbaikan serta “Pembelajaran” berupa : Petunjuk / “*Safety Alert*” untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
10. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi
11. Rekomendasi untuk “Perbaikan dan Pembelajaran” diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di Rumah Sakit.
12. Unit Kerja membuat analisa kejadian di satuan kerjanya masing-masing
13. Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh Tim KP di RS.

**Kedua**, pelaporan insiden keselamatan pasien secara eksternal atau kepada KKPRS. Caranya adalah dengan menggunakan sejumlah tahapan investigasi insiden sevara sederhana. Laporan hasil investigasi sederhana, analisis akar masalah (RCA) yang terjadi pada pasien nantinya secara internal (RS) akan mendapatkan rekomendasi maupun solusi dari Tim Keselamatan Pasien (KP) di RS. Setelah adanya rekomendasi dan solusi, barulah pimpinan rumah sakit/institusi mengirimkan hasil laporan tersebut ke KKPRS. Caranya adalah dengan melakukan *entry data (e-reporting)* melalui melalui situs web resmi KKPRS yakni [www.buk.depkes.go.id](http://www.buk.depkes.go.id) . Demikianlah alur pelaporan insiden di rumah sakit kepada KKPRS.

### Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien



**Gambar 1.5.** Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (KKPRS, 2015)

## D. PETUNJUK PENGISIAN LAPORAN INSIDEN *PATIENT SAFETY*

### 1. Jenis Formulir Laporan Insiden Keselamatan Pasien

Ada dua jenis formulir insiden keselamatan pasien. Keduanya dibedakan atas laporan internal rumah sakit dan laporan eksternal kepada KKPRS. Berdasarkan ketentuan KKPRS (2015), terdapat dua jenis formulir laporan insiden. *Pertama* adalah formulir Laporan Internal Insiden Keselamatan Pasien yang dilaporkan pada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KP) RS. Laporan ini semestinya diisi di RS dan dilaporkan ke Tim KP rumah sakit dalam waktu maksimal 2 x 24 jam/ akhir jam kerja/ shift. Laporan tersebut berisi : data pasien, rincian kejadian, tindakan yang dilakukan saat terjadi insiden, akibat insiden, pelapor dan penilaian grading. Formulir IKP Internal dapat dilihat pada gambar di bawah ini (selanjutnya lihat Lampiran 1):

Lampiran 2

**Formulir Laporan Insiden Internal ke Tim KP di RS**

Rumah Sakit .....

**LAPORAN INSIDEN**

**(INTERNAL)**

**I. DATA PASIEN**

Nama : .....

RAHASIA, TIDAK BOLEH DIFOTOCOPY, DILAPORKAN MAKSIMAL 2 x 24 JAM

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

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

Kelompok Umur\* :  0-1 bulan  > 1 bulan - 1 tahun  
 > 1 tahun - 5 tahun  > 5 tahun - 15 tahun  
 > 15 tahun - 30 tahun  > 30 tahun - 65 tahun  
 > 65 tahun

Jenis kelamin :  Laki-laki  Perempuan

Penanggung biaya pasien :

Pribadi  Asuransi Swasta  
 BPJS  lainnya (sebutkan)

Tanggal Masuk RS : ..... Jam .....

**II. RINCIAN KEJADIAN**

1. Tanggal dan Waktu Insiden

Tanggal : ..... Jam .....

2. Insiden : .....

3. Kronologis Insiden

.....

.....

.....

4. Jenis Insiden\*:

Kejadian Nyaris Cedera / KNC (*Near miss*)

**Gambar 2.5.** Formulir Laporan Insiden Internal ke Tim KP RS (KKPRS, 2015)

*Kedua*, formulir yang harus dilaporkan pihak RS ke eksternal adalah Formulir Laporan Eksternal Insiden Keselamatan Pasien. Setelah dilakukan analisis dan investigasi tahap internal, selanjutnya rumah sakit melaporkan insiden tersebut ke KKPRS. Setelah pengisian formulir, pelaporan insiden harus segera dilakukan (Lihat Lampiran 2).

## 2. Petunjuk Pengisian Formulir Laporan IKP Internal dan Eksternal

### a. Data Pasien

Data pasien terdiri dari sejumlah informasi. Diantaranya adalah nama, *no medical record* dan nomor ruangan (diisi di formulir). Data ini berisi nama pasien (bisa diisi inisial, misal : Tn AR, atau Ny SY) dan nomor Medical Report (MR), ruangan dirawat (diisi nama ruangan dan nomor kamar misal : Ruang Melati Kamar 301). Lalu, berisikan data-data pasien seperti Umur, Jenis Kelamin, Penanggung biaya, Tanggal masuk RS dan jam diisi di Formulir Laporan Internal dan Eksternal. Bukan hanya

tentang data diri, formulir yang diisi juga berkenaan dengan kronologis terjadinya kecelakaan atau insiden keselamatan pasien. Rincian tersebut misalnya berupa tanggal dan Waktu terjadinya insiden baik KTD / KNC / KTC /KPC) terjadi. Kronologis prosedur pelaporan dapat disesuaikan dengan terjadinya insiden dan dilaporkan maksimal 2x24 jam setelah terjadinya insiden. Terakhir, yang penting diperhatikan adalah tipe dan jenis insiden, yakni apa sebab pasien mengalami insiden. Misalnya karena jatuh, salah pemberian obat, salah dosis, salah bagian yang dioperasi dan sebagainya. Tahapan yang harus dilakukan dalam mengisi formulir insiden keselamatan pasien antara lain sebagai berikut.

1) Grading Risiko

2) Kronologis insiden

Diisi ringkasan insiden mulai saat sebelum kejadian sampai terjadinya insiden. Kronologis harus sesuai kejadian yang sebenarnya, bukan pendapat / asumsi pelapor.

3) Jenis insiden. Pilih salah satu Insiden Keselamatan Pasien (IKP) : KTD / KNC / KTC / KPC.

4) Orang pertama yang melaporkan Insiden Pilih salah satu pelapor yang paling pertama melaporkan terjadinya insiden Misal : petugas / keluarga pasien dll

5) Insiden menyangkut pasien : Pilih salah satu : Pasien rawat inap / Pasien rawat jalan / Pasien UGD

6) Tempat / Lokasi Tempat pasien berada, misal ruang rawat inap, ruang rawat jalan, UGD

7) Insiden sesuai kasus penyakit / spesialisasi Pasien dirawat oleh Spesialisasi ? (Pilih salah satu)

Bila kasus penyakit / spesialisasi lebih dari satu, pilih salah satu yang menyebabkan insiden. Misalnya : Pasien dengan gastritis kronis dirawat oleh Dokter Spesialis Penyakit Dalam, dikonsulkan ke Dokter Spesialis Bedah dengan suspect Appendicitis. Saat *appendectomy* terjadi insiden, tertinggal kassa, maka penanggung jawab kasus adalah : Dokter Spesialis Bedah. Bila dirawat oleh dokter umum : isi Lain-lain : umum.

8) Unit / Departemen yang menyebabkan insiden Adalah unit / Departemen yang menjadi penyebab terjadinya insiden. Misalnya pasien DHF ke UGD, diperiksa

laboratorium, ternyata hasilnya salah interpretasi. Maka, cara pengisian formulirnya adalah :

- Insiden : Salah pemberian obat untuk pasien anak
- Jenis Insiden : KNC (tidak terjadi cedera/ nyaris)
- Tempat / Lokasi : Farmasi
- Spesialisasi : Kasus Anak
- Unit penyebab : Farmasi
- Contoh selanjutnya adalah misalnya ada Pasien THT akan dioperasi telinga kiri. Namun, ternyata yang dioperasi telinga kanan. Maka, terjadilah insiden keselamatan pasien. Hal ini terjadi karena tidak dilakukan pengecekan ulang bagian yang akan dioperasi oleh petugas kamar operasi. Maka, pengisian formulirnya :

- Insiden : Salah bagian yang dioperasi : telinga kiri, seharusnya kanan
- Jenis Insiden : KTD (terjadi cedera)
- Tempat / Lokasi : kamar operasi
- Spesialisasi : Kasus THT
- Unit penyebab : Instalasi Bedah

- 9) Akibat insiden Pilih salah satu : (lihat tabel matriks grading risiko). Misalnya diketahui setelah insiden tersebut pasien mengalami kematian, cedera *irreversible* / cedera berat : kehilangan fungsi motorik, sensorik atau psikologis secara permanen misal lumpuh, cacat, cedera *reversible* / cedera sedang : kehilangan fungsi motorik, sensorik atau psikologis tidak permanen misal luka robek. Bisa juga hanya mengalami cedera ringan cedera / luka yang dapat diatasi dengan pertolongan pertama tanpa harus dirawat misal luka lecet. Terakhir, misalnya tidak adanya cedera pada pasien atas terjadinya insiden tersebut.
- 10) Tindakan yang dilakukan segera setelah insiden. Usai terjadinya insiden, petugas harus menceritakan penanganan / tindakan yang saat itu dilakukan agar insiden yang sama tidak terulang lagi.
- 11) Tindakan dilakukan siapa harus dicantumkan. Tindakan yang dimaksudkan adalah menyebutkan tim tindakan terdiri dari siapa saja misal ; dokter, perawat. Perlu juga

penyebutan petugas lain yang memang bekerja bersama, seperti analis, asisten apoteker, radiografer, bidan.

- 12) Apakah Insiden yang sama pernah terjadi di unit kerja lain? Jika Ya, lanjutkan dengan mengisi pertanyaan dibawahnya yaitu waktu kejadian (bulan/tahun) dan tindakan yang telah dilakukan pada unit tersebut agar tidak terulang.

## **BAB VI**

### ***MONITORING DAN EVALUASI PATIENT SAFETY***

#### **A. KRITERIA *MONITORING* DAN *EVALUASI PATIENT SAFETY***

Berdasarkan Kamus Bahasa Indonesia (KBBI), monitor memiliki sejumlah pengertian. Monitor dapat diartikan sebagai pengawasan dan tindakan memverifikasi kebenaran operasi suatu program selama pelaksanaannya berdasarkan rutin diagnostik yang digunakan dari waktu ke waktu untuk menjawab pertanyaan tentang program tersebut. Secara umum, *monitoring* dapat diartikan sebagai proses pemantauan suatu sistem atau program kerja. Dalam proses manajemen *patient safety* terdapat kegiatan berupa pemantauan terhadap pelaksanaan pelayanan terkait program keselamatan pasien. *Monitoring* dan evaluasi perlu dilakukan dalam setiap program keselamatan pasien, baik dalam pelayanan kefarmasian, keperawatan, kebidanan, maupun dalam setiap pelayanan yang diberikan rumah sakit.

Tujuan dilakukannya *monitoring* adalah agar pelayanan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan kaidah keselamatan pasien. *Monitoring* dan evaluasi juga harus dilakukan untuk mencegah terjadinya insiden yang dapat mengancam keselamatan pasien. *Monitoring* dan evaluasi juga bertujuan agar insiden yang sama tidak terulang kembali di suatu hari nanti. Misalnya, dalam pelayanan kefarmasian yang dilakukan sesuai dengan kaidah keselamatan pasien dan mencegah terjadinya hal yang tidak diinginkan dalam bidang pengobatan.

*Monitoring* dan evaluasi dalam pelayanan farmasi dilakukan terhadap sumber daya manusia, pengelolaan perbekalan farmasi (seleksi, perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan dan distribusi/penggunaan), pelayanan farmasi klinik (pengkajian resep, penyerahan obat, pemberian informasi obat, konseling obat, rekonstruksi kanker, dan sebagainya) serta laporan yang didokumentasikan.

Tindakan *monitoring* dan evaluasi terhadap suatu pelayanan kesehatan bertujuan untuk mendapatkan hasil pengkajian suatu pelayanan. Misalnya dalam bidang kefarmasian, bagaimana selama ini kebijakan berlaku berkenaan dengan keselamatan pasien. Salah satunya adalah upaya pencegahan kesalahan pengobatan (*medication error*). Dari hasil *monitoring* dan evaluasi tersebut akan dilakukan intervensi berupa rekomendasi dan tindak lanjut. Rekomendasi dan tindak lanjut dilakukan terhadap hal-hal yang perlu diperbaiki seperti perbaikan suatu kebijakan,

prosedur, peningkatan kinerja SDM, sarana prasarana, hingga organisasi. Kriteria *monitoring* dan evaluasi juga mencakup sejumlah hal tersebut.

Perbaikan SDM pelayanan kesehatan dimaksudkan untuk memberikan pelayanan yang maksimal bagi pasien. Perbaikan SDM ini bisa berbentuk pelatihan, peningkatan, dan *upgrade* pengetahuan baru berkaitan dengan *patient safety* bagi staf di bidangnya masing-masing. Perbaikan kebijakan dapat berbentuk evaluasi terhadap kebijakan yang dinilai perlu diubah agar lebih dapat meningkatkan upaya keselamatan pasien dan kesehatan karyawan.

*Monitoring* dan evaluasi dalam bidang sarana prasarana dapat berupa penambahan fasilitas atau peralatan medis yang dinilai dapat meningkatkan keselamatan pasien. Tentunya penambahan peralatan medis dan sarana prasarana harus disesuaikan kebutuhan dan kemampuan rumah sakit. Begitu pula dengan *follow up* terhadap struktural organisasi berupa penambahan anggota atau petugas tertentu di suatu bidang pelayanan pada pasien. Seluruhnya dapat dilakukan dengan pertimbangan berupa peningkatan keselamatan pasien.

Hasil *monitoring* dan evaluasi harus diumpanbalikkan ke semua pihak yang terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit. Untuk mengukur keberhasilan program kegiatan-kegiatan yang telah ditetapkan diperlukan indikator. Indikator adalah suatu alat atau tolok ukur yang menunjuk pada ukuran kepatuhan prosedur yang telah ditetapkan. Sesuai dengan ketentuan Depkes RI (2008), indikator keberhasilan program keselamatan pasien dapat dilihat dari menurunnya angka kejadian tidak diinginkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), dan kejadian sentinel. Indikator kedua adalah menurunnya ketiga kejadian tersebut (KTD, KNC dan kejadian sentinel) terulang atau kembali terjadi.

## **B. PELAKSANAAN MONITORING DAN EVALUASI *PATIENT SAFETY***

Sebagaimana yang telah dijelaskan, pelaksanaan *monitoring* dan evaluasi *patient safety* dapat dilakukan melalui tindak lanjut dari hasil *monitoring* dan evaluasi. Pelaksanaannya di rumah sakit atau penyedia layanan kesehatan dapat dilakukan secara internal. Misalnya, dalam bidang farmasi terdapat sejumlah hal yang bisa dilaksanakan terkait *monitoring* dan evaluasi, baik dalam peningkatan sumber daya manusia (SDM), pengelolaan perbekalan farmasi, pelayanan bidang farmasi hingga tindak lanjut atas laporan insiden keselamatan pasien.

Dalam Permenkes (2011) Pasal 15 dan 16, terdapat sejumlah pelaksanaan dalam pembinaan dan pengawasan terkait keselamatan pasien. *Pertama*, menteri, Pemerintah Daerah Provinsi dan



Pemda Kabupaten/Kota secara berjenjang harus melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap kegiatan keselamatan pasien rumah sakit sesuai dengan tugas dan fungsi masing-masing. *Kedua*, dalam melaksanakan pembinaan dan pengawasan, Menteri, Kepala Dinas Provisis dan Kadinas Kesehatan Kota/Kabupaten harus mengikutserakan asosiasi perumahsakititan dan organisasi profesi kesehatan. *Ketiga*, Kepala Rumah Sakit juga secara berkala harus melakukan pembinaan dan pengawasan kegiatan keselamatan pasien yang dilaksanakan oleh Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Permenkes (2011) menyebutkan bahwa Menteri, Pemda Provinsi dan Pemda Kabupaten/ Kota dapat mengambil tindakan administratif pada rumah sakit terhadap pelanggaran ketentuan Pasal 6 ayat 1, pasal 8 ayat 1 dan pasal 11 ayat 1. Tindakan tersebut berupa teguran lisan, teguran tertulis, dan penundaan atau penangguhan perpanjangan izin operasional.

Berdasarkan pelaksanaan *monitoring* dan evaluasi sesuai dengan ketentuan di atas, maka segala hal yang berkenaan dengan *patient safety* sangatlah diutamakan. Keselamatan pasien merupakan salah satu prioritas dalam pelayanan kesehatan. Sebab, keselamatan pasien adalah tujuan utama dari sebuah proses perawatan di rumah sakit dan penyedia layanan kesehatan.

### **C. EVALUASI KEPERAWATAN**

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Evaluasi dalam fase ini dapat dilihat dari sejumlah hal, misalnya apakah perawatan berjalan sesuai dengan apa yang telah direncanakan dan apakah ada informasi baru tentang pekerjaan. Evaluasi berbicara seputar bagaimana jika perawatan yang telah diberikan itu tidak sesuai dengan apa yang direncanakan ataupun timbul sesuatu yang baru.

Evaluasi sudah semestinya dilakukan secara berulang-ulang. Suatu evaluasi perlu dilakukan terus-menerus agar kontinuitas perawatan terjaga. Sebelum melalui proses evaluasi, perawat harus melalui sejumlah rangkaian proses keperawatan terlebih dahulu. Misalnya bagaimana diagnosis keperawatan, penentuan tujuan perencanaan, dan bagaimana pelaksanaan proses keperawatan tersebut. Aspek selanjutnya dari keperawatan adalah menilai proses-proses perkembangan perawatan berdasarkan berbagai penanganan dalam bidang perawatan yang dilaksanakan.

Titik dari evaluasi perawatan dapat menjadi hal yang benar-benar dapat memajukan sistem dan proses keperawatan. Misalnya, satu titik atau bidang perhatian dari evaluasi perawatan bisa menjadi suatu hal yang harus dievaluasi lagi. Sumber yang ditangani perawat inilah yang semestinya dievaluasi.

Evaluasi memiliki beberapa tujuan, antara lain: melihat dengan saksama apakah perawatan itu sudah mengikuti perencanaan perawatan pasien; apakah perawatan yang dilakukan menghasilkan sesuatu yang diharapkan pasien; dan apakah perawat berhadapan dengan hal-hal yang tidak diinginkan. Hal yang perlu digarisbawahi dari proses evaluasi adalah bagaimana proses keperawatan selanjutnya usai dilakukannya evaluasi.

## **BAB VII**

### **KEJADIAN YANG TIDAK DIHARAPKAN**

#### **DALAM SISTEM *PATIENT SAFETY***

##### **A. PENGERTIAN KEJADIAN YANG TIDAK DIHARAPKAN**

Kejadian yang tidak diharapkan (KTD) menjadi pembahasan yang sangat sering dibicarakan dalam sistem *patient safety*. KTD merupakan hal utama yang hendak dihindari dari sebuah sistem pelayanan kesehatan berkenaan dengan keselamatan pasien. Pembicaraan mengenai KTD tidak lepas dari risiko dalam dunia kesehatan. Risiko diartikan sebagai ketidakpastian (*uncertainty*) dan kemungkinan terjadinya kerugian. Kerugian dalam hal ini yang dimaksudkan adalah kerugian yang berasal dari tindakan-tindakan klinis.

Kerugian tersebut dapat berupa kerugian materiil dan keuangan maupun kerugian dalam bentuk lainnya. Sistem keselamatan pasien bertujuan untuk mencegah terjadinya segala bentuk KTD. Kejadian yang tidak diharapkan ini belum tentu terjadi. Cahyono (2008) menyebutkan, bahwa sesuai dengan sejumlah hasil penelitian, hampir 50% dari KTD dapat dicegah. Kerugian finansial yang ditimbulkan akibat terjadinya KTD juga sangat besar. Keberadaan dan dampak yang ditimbulkan KTD merupakan salah satu faktor yang mendorong adanya gerakan keselamatan pasien yang kemudian diwujudkan dalam sebuah sistem yang memiliki sejumlah kebijakan. Kebijakan-kebijakan inilah yang memiliki orientasi utama untuk mencegah terjadinya *medical error*, KTD, dan berorientasi utama untuk mewujudkan keselamatan bagi pasien.

Pada pemberian layanan medis, setiap pasien dan keluarganya tentu mengharapkan adanya kesembuhan, atau paling tidak mengharapkan adanya perbaikan kesehatan pasien tersebut. Namun kenyataannya, tidak semua proses perawatan dapat mewujudkan harapan tersebut. Setiap proses pemberian layanan kesehatan pasti memiliki kemungkinan hasil positif maupun negatif. Hasil positif memiliki arti pasien sembuh dari penyakit yang dideritanya atau mengalami sejumlah perbaikan kesehatan menjadi lebih baik. Kesembuhan maupun membaiknya kesehatan juga tidak menjamin terbebas dari kesalahan medis. Kesalahan bisa saja terjadi, tetapi tidak sampai mencederai pasien. Istilah ini disebut dengan kejadian nyaris cedera atau *near miss* (KNC).

Sementara itu, hasil negatif berarti pasien tidak sembuh dari penyakit yang dideritanya, kesehatan semakin memburuk, atau bahkan mendapatkan masalah klinis baru usai dilakukannya perawatan medis. Padahal, sebelumnya tidak ada. Pasien tidak sembuh bisa disebabkan karena memburuknya kesehatan atau sudah parahnya penyakit yang diderita oleh pasien. Hal ini tentu membuat petugas medis hanya dapat pasrah meskipun telah melakukan tindakan maksimal. Keadaan ini tetap dapat terjadi meskipun pengobatan yang diberikan kepada pasien telah sangat maksimal, cangguh, dan sangat profesional. Dalam asuhan medis, hal tersebut bisa dikarenakan kesalahan medis atau bisa saja bukan karena kesalahan medis.

Pasien mendapatkan kerugian baru yang sebelumnya tidak dimilikinya, misalnya dalam kasus penyakit yang memerlukan terapi atau pemeriksaan laboratorium. Pasien dapat saja mengalami kerugian secara fisik, finansial, maupun sosial. Asuhan klinis yang dapat memberikan kerugian pada pasien inilah yang disebut dengan istilah *medical error* (Amerika) atau *adverse event* (Inggris). Sementara di Indonesia, kerap disebut dengan Kejadian yang Tidak Diharapkan atau KTD.

Meskipun berkaitan, menurut Cahyono (2008), ada perbedaan yang signifikan antara *medical error* dan *adverse events*. *Medical error* lebih menekankan pada kesalahan dalam proses (kesalahan dalam pemberian obat, kesalahan dalam identifikasi pasien dan sebagainya). Sementara itu, *adverse events* lebih menekankan pada akibat suatu kesalahan (pasien mengalami cedera fisik, psikologis atau kerugian finansial). Secara khusus, *adverse events* dapat diartikan sebagai cedera atau komplikasi yang tidak diinginkan, yang dapat mengakibatkan timbulnya kecacatan, kematian, atau perawatan yang lebih lama, disebabkan oleh manajemen medis dan bukan karena penyakit yang diderita.

## **B. KESALAHAN MANUSIA SEBAGAI KEJADIAN YANG TIDAK DIHARAPKAN**

Setiap petugas medis pasti pernah melakukan kesalahan dalam tindakan medis selama karirnya. Baik yang bersifat ringan dan tidak menimbulkan suatu dampak yang signifikan hingga kesalahan yang fatal dan mengakibatkan hilangnya nyawa seseorang. Dokter, perawat, petugas laboratorium, apoteker, petugas radiografi dan petugas media lainnya pasti pernah melakukan suatu kesalahan. Terkadang, kesalahan-kesalahan tersebut dimaklumi dengan alasan kodrati bahwa manusia memang dapat berbuat salah.

Dari sejumlah kesalahan medis yang terjadi, sebagian besar semestinya menjadi tanggung jawab manusia. Sebab sebagai pelaksana kegiatan medis, manusia bertindak sebagai operator, user ataupun pengguna sistem dan alat medis. Untuk itulah, manusia memiliki andil yang sangat penting dalam memelihara dan menjaga agar tidak terjadi KTD/KNC. Bahkan, diketahui bahwa prevalensi kesalahan manusia dalam insiden bidang medis bahkan mencapai angka 50-80%.

Kecelakaan dapat terjadi akibat berbagai macam hal. Kegagalan tersebut bersumber dari kegagalan manusia akibat *human error* dan kegagalan manusia akibat adanya pelanggaran. *Human error* dihubungkan dengan sejumlah hal yang berkenaan dengan banyaknya langkah dan tindakan manusia dalam suatu pelayanan medis yang akhirnya menimbulkan sebuah kegagalan. Sejumlah hal pun dilakukan agar manusia terhindar dari kesalahan medis. Sejumlah tindakan yang berkaitan dengan manusia sebagai faktor yang berkontribusi dalam melakukan kesalahan diantaranya adalah sebagai berikut.

1. Lingkungan kerja yang buruk sehingga menyebabkan tekanan pekerjaan yang tinggi (berisik, tidak nyaman, dan sebagainya).
2. Sistem keselamatan pasien yang lemah.
3. Tidak memberikan respon apapun saat terjadinya kesalahan ataupun insiden keselamatan pasien.
4. Tidak adanya tanggung jawab dan koordinasi yang baik.
5. Lemahnya budaya keselamatan pasien.

Kesalahan manusia tersebut tidak dapat sepenuhnya dihilangkan, sebab hal ini berkaitan dengan keterbatasan manusia (kompetensi, memori, fisik, dan sebagainya). Namun, kesalahan manusia yang menyebabkan KTD tentu dapat diminimalisir dengan sejumlah prosedur. *Pertama*, dengan menumbuhkan budaya keselamatan pasien secara bersama-sama melalui sejumlah tahapan. Tahapan-tahapan tersebut yaitu melakukan pelaporan insiden, mengakui kesalahan medis, melaporkan risiko adanya insiden, dan bersama-sama memperbaiki sistem keselamatan pasien. Tidak selesai pada tahap ini, implikasi dari sebuah pelaporan adalah tindak lanjut berupa penyelesaian yang harus dilakukan manajemen rumah sakit. Maka, respon dan *follow up* dari insiden yang terjadi sangat penting untuk dilakukan.

*Kedua*, upaya yang dapat dilakukan untuk meminimalisir kesalahan manusia melakukan KTD adalah memperbaiki faktor eksternal berupa lingkungan kerja. Kebijakan mengenai sistem kerja yang terlalu berat bagi staf medis juga akan menimbulkan dampak berupa kesalahan dalam

setiap pelayanan kesehatan. Untuk itu, beban kerja petugas hendaknya disesuaikan dengan kemampuan dan kompetensi karyawan tersebut dalam bekerja. Keadaan lingkungan kerja yang tidak kondusif juga harus menjadi perhatian utama rumah sakit. Lingkungan yang terlalu berisik, tidak nyaman, pengap, terlalu ramai, dan tidak teratur tentu dapat mengganggu kinerja petugas.

*Ketiga*, hal yang dapat diupayakan untuk mencegah kesalahan yang ditimbulkan manusia adalah membekalinya dengan sejumlah kompetensi baru (*update*) dan pelatihan. Pengetahuan dan keterampilan petugas medis memang harus terus ditingkatkan seiring dengan perkembangan zaman dan teknologi. Untuk mengimbangi kecanggihan teknologi dan seiring meningkatnya jenis penyakit di masyarakat diperlukan sumber daya manusia (SDM) yang berkualitas. Kualitas SDM dapat ditunjang dengan adanya pelatihan, seminar, atau lokakarya yang mendukung peningkatan mutu petugas medis. Hal ini dapat serta merta meminimalisir adanya KTD yang disebabkan oleh faktor manusia (*human error*).

### **C. KELEMAHAN SISTEM SEBAGAI PENYEBAB KEJADIAN YANG TIDAK DIHARAPKAN**

Tradisi pemecahan masalah KTD semula hanya berpusat pada pendekatan personal (dilihat dari faktor manusia saja). Namun pemecahan masalah KTD terus mengalami perkembangan. Kini pemecahan masalah KTD tidak hanya dilihat secara personal, tetapi dapat dilihat pula dari sistem. Sebab, terjadinya KTD tidak selalu disebabkan oleh faktor manusia semata. Apalagi, jika pemecahan KTD hanya berpusat pada personal, maka pelaksanaan *safety culture* akan terhambat. Pemecahan masalah KTD secara personal hanya akan menciptakan *blaming culture* dalam dunia kesehatan.

Bahkan, *Institute of Medicine (IOM)* dalam laporannya menyimpulkan bahwa penyebab KTD lebih banyak berasal dari kesalahan atau kelemahan sistem daripada kesalahan personal atau individu (Cahyono, 2008). Jika kesalahan personal menyebabkan satu masalah tunggal, maka kesalahan dalam sistem justru bisa menyangkut sesuatu yang kompleks dan bahkan bisa menimbulkan sejumlah kesalahan sekaligus. Hal terpenting dalam paradigma ini adalah tidak terus-menerus menyalahkan individu atau personal yang melakukan kesalahan. Namun, melihat kembali bagaimana sistem yang diberlakukan dalam suatu penyedia layanan kesehatan tersebut sehingga kesalahan bisa terjadi. Untuk itu, pendekatan sistem ini perlu digabungkan kembali demi

peningkatan keselamatan pasien. Kelemahan sistem perlu diperbaiki agar tidak menimbulkan KTD.

Kelemahan sistem dapat menjadi penyebab terjadinya KTD dalam sebuah instansi layanan kesehatan. Sistem yang harus diperhatikan pun sangat kompleks. Mulai dari sistem organisasi, sistem sanitasi lingkungan rumah sakit, sistem pembuangan limbah, hingga sistem keamanan dan pertahanan rumah sakit. Sejumlah sistem yang bisa saja menimbulkan KTD adalah sebagai berikut.

### **1. Kegagalan Sistem Pertahanan (*Barrier*)**

Cahyono (2008) mengemukakan bahwa setiap organisasi ataupun perusahaan (termasuk rumah sakit) pasti menerapkan sistem pengaman atau sistem *barrier* untuk menghindari kerugian termasuk KTD. Sistem pengaman ini diciptakan lapis demi lapis agar tidak terjadi suatu insiden (KTD). Suatu kerugian ataupun KTD akan terjadi bila sistem *barrier* tersebut tidak berfungsi, lemah, ataupun dilanggar oleh individu yang melakukan kesalahan ataupun pelanggaran.

Sistem pengaman yang dimaksud adalah proses manajemen yang diberlakukan, kepemimpinan, prosedur, serta kebijakan-kebijakan yang diterapkan di sebuah rumah sakit yang wajib dipatuhi oleh setiap petugas dan karyawan. Wujud lain dari sistem *barrier* ini adalah kerjasama tim, komunikasi yang efektif, serta lingkungan kerja yang aman dan nyaman. Sistem *barrier* di lapisan lain juga berbentuk perilaku yang mendukung keselamatan pasien agar tidak terjadi KTD seperti profesionalisme kerja, disiplin, ketaatan karyawan pada peraturan dan sebagainya.

Sistem-sistem tersebut tentunya harus dipatuhi oleh seluruh petugas agar tidak terjadi KTD. Namun, sejumlah faktor yang dilanggar dalam sistem pertahanan tersebut dapat menimbulkan KTD. Misalnya, adanya gangguan lingkungan seperti beban fisik, durasi kerja, serta stress, dapat membuat karyawan melakukan kesalahan medis hingga terjadi KTD. Contoh lainnya adalah tidak adanya komunikasi yang efektif, runtut, dan sistematis dalam perawatan pasien membuat terjadinya *miss* komunikasi dan berujung pada KTD. Maka, sistem *barrier* ini sangat penting untuk terus dijaga dalam sebuah organisasi maupun instansi agar tidak terjadi KTD.

## 2. Sistem Manajemen atau Sistem Organisasi

Manajemen rumah sakit dan setiap penyedia layanan kesehatan harus memiliki tanggung jawab dan peran yang jelas dalam setiap bidang. Tanpa koordinasi dan komunikasi yang baik, kelemahan sistem dapat terjadi. Struktur organisasi dan manajemen yang lemah, tidak teratur, atau bahkan berantakan akan mengakibatkan terjadinya KTD atau *error*.

Misalnya saja, peran supervisor yang semestinya bertanggung jawab untuk membimbing, sudah semestinya mengoreksi, melatih, mengarahkan, dan memotivasi setiap anggota *teamwork*. Supervisor yang tidak melaksanakan tugas sesuai dengan rencana dan gagal mengoreksi masalah yang sudah teridentifikasi, merupakan kondisi yang membuat tim mudah melakukan pelanggaran yang berakhir pada terjadinya KTD. Contoh lainnya adalah koordinator atau kepala perawat yang semestinya mengarahkan tim perawat yang berada di bawah naungannya. Jika tidak bekerja dengan baik, koordinator dapat melakukan kesalahan dan berujung mengakibatkan KTD.

## 3. Sistem Sanitasi Lingkungan

Rumah sakit merupakan lokasi berkumpulnya orang-orang dengan berbagai keluhan penyakit tertentu. Hal ini pula yang membuat rumah sakit menjadi tempat efektif bagi persebaran kuman dan penyakit. Sebagai pusat kesehatan, sudah semestinya rumah sakit memperhatikan sejumlah kriteria kebersihan dan kesehatan. Salah satunya adalah sanitasi lingkungan rumah sakit. Menurut Kamus Bahasa Besar Indonesia (KBBI), sanitasi merupakan usaha untuk membina dan menciptakan suatu keadaan yang baik di bidang kesehatan.

Sementara itu, sanitasi lingkungan diartikan sebagai usaha-usaha menciptakan keadaan sehat di lingkungan, terutama lingkungan fisik yaitu tanah, air, dan udara. Suriawiria (2008) mengemukakan bahwa tanpa sanitasi yang baik, persebaran penyakit akan semakin meningkat dan menjangkiti manusia lainnya tiap tahun. Salah satu contohnya adalah penyakit diare yang disebabkan oleh *Escherichia coli*. Penyakit ini menjadi penyebab utama kematian bayi karena sanitasi yang buruk. Melihat hal ini, semestinya rumah sakit memiliki sanitasi yang jauh lebih baik dari lingkungan pasien berasal demi penyembuhan pasien. Jika tidak, maka KTD bisa saja terjadi, baik berupa kematian bayi maupun terjadinya penularan penyakit ini di rumah sakit pada pasien lain.



Sanitasi rumah sakit yang baik juga memperhatikan dan menjaga lingkungan fisik sebaik-baiknya. Misalnya, agar tidak menjadi sarang nyamuk, reservoir rumah sakit harus senantiasa bersih. Pengecekan kandungan air minum bagi seluruh pasien juga secara rutin perlu dilakukan, apakah air minum tersebut sehat ataukah telah tercemar. Begitu pula keadaan taman rumah sakit yang harus aman dan nyaman. Sanitasi lingkungan juga akan mempengaruhi gizi makanan yang diberikan pada pasien. Sebab, sanitasi yang buruk akan mempercepat pembusukan dan kerusakan makanan. Jika tidak memenuhi syarat sanitasi lingkungan yang sehat, maka kemungkinan terjadinya KTD akan semakin besar.

#### **4. Sistem Pembuangan Limbah**

Setiap rumah sakit sudah pasti menghasilkan limbah. Menanggapi hal ini, sejumlah pihak mulai memberikan perhatian pada limbah-limbah rumah sakit karena adanya kekhawatiran akan penularan atau infeksi. Waluyo (2013) menjelaskan bahwa rumah sakit memiliki banyak sekali limbah buangan. Mulai dari limbah cair (limbah radioaktif), limbah klinis (perawatan medis, gigi, dan sebagainya), sampah (buangan), *refuse* (bangkai binatang, *rubbish*, dan sebagainya) dan *garbage* (sampah mudah busuk dari pengolahan atau penyajian makanan).

Bukan hanya itu, rumah sakit juga menghasilkan sejumlah sampah lainnya berupa sampah biologis (hasil otopsi, pembedahan dan sebagainya), sampah medis (kateter, plaster, swab dan sebagainya), sampah patologi (sampah dari ruang bedah/patologi) dan sampah laboratorium (sisa sampel, sisa media dan sebagainya). Biasanya limbah infeksius di rumah sakit akan dibuang terpisah dengan limbah biasa. Penggunaan plastik berwarna kuning mencolok dengan tulisan ‘infeksius’ menandakan bahwa limbah tersebut berbahaya dan bisa saja menimbulkan penularan kuman penyakit.

Untuk itu, sistem pembuangan limbah medis khususnya limbah infeksius di rumah sakit dan penyedia layanan kesehatan tidak boleh sembarangan. Waluyo (2013) menjelaskan terdapat sejumlah macam pengolahan limbah infeksius. *Pertama*, pengolahan secara mekanis, yakni pengolahan limbah dengan cara penyaringan. Dengan cara ini, limbah dapat dipisahkan menjadi benda padat dan partikel besar. Air limbah yang telah diproses dialirkan melalui alat pemecah, kemudian kepingan dibiarkan mengendap dalam tangki sedimentasi. Penyaringan juga dapat dilakukan dengan aerasi dan klorinasi (penyaringan dengan klorin).

*Kedua*, pengolahan secara kimiawi, yakni pengolahan limbah secara kimiawi dengan tujuan untuk menghilangkan sebagian kandungan bahan organik (BOD) dan benda padat yang tersuspensi dalam konsentrasi tinggi. Penggunaan cara ini dapat menurunkan BOD 35-60%. Bahan-bahan kimia yang digunakan untuk proses ini juga harus merupakan bahan yang dapat membunuh mikroorganisme. Zat kimia yang biasanya dipakai diantaranya alkohol, yodium, klor, formaldehid dan fenol.

*Ketiga*, pengolahan secara biologis, yakni dengan tujuan agar menghilangkan bahan organik dan bahan anorganik terlarut dalam air dan tidak mau mengendap melalui proses penguraian dan menjadikannya tidak berbahaya dalam perlakuan berikutnya. Proses ini dapat menggunakan mikroorganisme seperti bakteri. Bakteri memainkan peran penting dalam proses pembersihan secara biologis.

Seluruh rangkaian sistem pengolahan limbah tersebut tentu harus dilakukan oleh profesional di bidang tersebut. Pengolahan dan pembuangan limbah tersebut juga harus sesuai dengan standar operasional prosedur (SPO) pembuangan limbah. Tujuannya adalah menghindari risiko-risiko terkait limbah infeksius tersebut. Jika tidak dipenuhi dengan baik, maka bisa saja terjadi KTD ataupun kekhawatiran lainnya berkenaan dengan limbah.

## **BAB VIII**

### **MEMBANGUN BUDAYA *PATIENT SAFETY***

#### **A. PENERAPAN BUDAYA *PATIENT SAFETY***

*Patient safety* adalah komponen kritis dari mutu pelayanan. Kesalahan medis yang terjadi dalam dunia kesehatan seringkali dikaitkan dengan budaya *patient safety*. Rumah sakit sebagai sebuah organisasi pelayanan kesehatan secara kontinyu harus memperbaiki pelayanannya. Penting dalam pelayanan kesehatan untuk menumbuhkan budaya *patient safety* atau *culture of safety* (Elrifda, 2011). Seluruh komponen di rumah sakit dan penyedia layanan kesehatan tentu sepakat dengan cita-cita mulia tenaga kesehatan yang berkeinginan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang maksimal demi terwujudnya keselamatan bagi pasien. Hal inilah yang kemudian membuat budaya *patient safety* harus diciptakan.

*Patient safety* harus diterapkan dalam kebijakan-kebijakan dengan orientasi keselamatan pasien. Ini merupakan salah satu strategi terciptanya budaya keselamatan pasien. Keselamatan pasien adalah tanggung jawab seluruh komponen di rumah sakit. Seluruh profesi yang ada di rumah sakit memiliki tanggung jawab dan perannya masing-masing dengan tujuan yang sama yakni untuk mewujudkan *patient safety*. Selain bagi pasien, keselamatan dalam budaya *patient safety* yang mengedepankan keselamatan juga diperuntukkan bagi karyawan atau staf medis, lingkungan, penyedia layanan kesehatan serta seluruh elemen yang terlibat dalam proses pelayanan kesehatan.

Untuk itulah, seluruh rangkaian, prosedur dan kebijakan yang mendukung terciptanya budaya keselamatan pasien harus dilaksanakan. Misalnya, saat awal pembahasan dipaparkan mengenai pentingnya manajemen risiko untuk mengantisipasi sekaligus mengatasi dampak dan kerugian yang akan dialami rumah sakit. Pelaksanaan program keselamatan pasien lainnya seperti pelatihan dan *upgrade* keilmuan dan profesionalitas seluruh profesi juga penting dilaksanakan. Rangkaian program lainnya yang mendukung terciptanya budaya *patient safety* adalah konsistensi pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien.

Budaya *patient safety* semestinya tidak hanya menjadi isu atau isapan jempol belaka dalam dunia kesehatan. Budaya keselamatan ini harus diupayakan untuk terwujud dalam sebuah pelayanan medis dan menjadi isu utama yang harus dikawal dan dilaksanakan bersama.

Perbaikan-perbaikan elemen di rumah sakit harus diselenggarakan. Pengawasan dan evaluasi juga harus senantiasa dilaksanakan agar menuju kualitas pelayanan yang lebih baik. Selain dipengaruhi faktor sumber daya manusia, kualitas pelayanan kesehatan sangat tergantung pada sistem dan kebijakan yang diterapkan rumah sakit tersebut guna mewujudkan budaya *patient safety*. Maka, selain SDM, perbaikan kebijakan, sistem dan pengelolaan organisasi dalam suatu penyedia layanan kesehatan wajib diperhatikan.

Untuk mencapai budaya *safety* dibutuhkan pemahaman tentang nilai, kepercayaan, norma penting dalam organisasi, dan sikap serta perilaku yang terkait *patient safety*. Penelitian tentang budaya *patient safety* dan alokasi biaya telah dilakukan di 40 rumah sakit di Indonesia. Hasilnya (setelah mengumpulkan 148 kuesioner dari dua rumah sakit) ditemukan bahwa 45% responden menunjukkan respons positif terhadap persepsi umum *patient safety*, hanya 30% jawaban menyatakan “sering” atau “selalu” melaporkan kejadian, 75% menjawab kurang dari 6 kejadian tiap tahun. Hanya 15% responden menjawab bahwa kualitas *patient safety* secara keseluruhan “sangat baik”, 50% menjawab “sedang”, selebihnya menjawab “buruk” dan “gagal”. Bahkan, rumah sakit yang diteliti tidak memiliki alokasi dana khusus untuk program yang berhubungan dengan *patient safety* (Elrifda, 2011).

Dalam penelitian tersebut dapat dilihat bahwa kualitas *patient safety* seolah belum menjadi prioritas bagi sebuah instansi penyedia layanan kesehatan. Lebih dari separuh dari responden dalam penelitian tersebut menyatakan bahwa kualitas *patient safety* di berbagai rumah sakit di Indonesia sedang-sedang saja. Bahkan, ada pula yang menyatakan kualitasnya buruk. Hal yang mengejutkan pula adalah masih adanya rumah sakit yang tidak secara khusus mengalokasikan dana untuk program keselamatan pasien. Hal tersebut adalah indikasi bahwa keselamatan pasien seolah belum menjadi prioritas yang diutamakan dalam instansi penyedia layanan kesehatan.

Sesuai dengan perkembangannya, dunia kesehatan sempat memiliki budaya yang cukup menimbulkan keresahan tersendiri bagi petugas medis. Tradisi tersebut adalah *blaming culture* (budaya saling menyalahkan). Ketika terjadi suatu insiden dalam pelayanan kesehatan, maka hal pertama yang dilakukan adalah mencari siapa yang patut disalahkan dalam insiden tersebut. Hal itu tentunya membuat petugas medis “ketakutan” saat hendak mengelola risiko, melaporkan insiden ataukah kegiatan lain yang berkaitan dengan *patient safety*. Staf-staf

medis tersebut pun memilih diam, tidak aktif dan seolah “mencari aman” tanpa upaya bersama dalam mewujudkan dan mendukung pelaksanaan program keselamatan pasien.

Dewasa ini, *blaming culture* dalam dunia kesehatan tengah dipangkas habis. Budaya medis diarahkan pada *safety culture*. Program-program lain yang berkenaan dengan *patient safety* dan menimbulkan manfaat lebih banyak bagi semua pihak mulai dibiasakan di lingkungan medis. Penerapan manajemen risiko, antisipasi insiden dan *medication error*, pelaporan insiden, dan berbagai macam kebijakan demi peningkatan keselamatan pasien pun dilakukan secara kontinyu.

Dalam pelaksanaan dan pembentukan budaya *patient safety*, ada sejumlah hal yang penting diperhatikan. Elemen-elemen ini tentu berupa perangkat dalam dunia kesehatan yang dapat mendukung terciptanya budaya *patient safety* di lingkungan rumah sakit atau penyedia layanan kesehatan. Diantaranya adalah teknologi, komunikasi yang efektif, dan sejumlah kebijakan yang mendukung program keselamatan pasien.

## **B. TEKNOLOGI DALAM PATIENT SAFETY**

Dewasa ini, perkembangan teknologi telah sangat pesat. Dunia medis dan kedokteran menjadi salah satu bidang yang tidak lepas dari pengaruh perkembangan teknologi. Teknologi juga merupakan salah satu faktor utama pembeda praktik kedokteran modern dan tradisional. Peralatan modern dan kecanggihan teknologi menjadi daya tawar signifikan yang dapat membantu dan mempermudah proses pengobatan. Bahkan, tak sedikit hal yang dahulunya kurang memungkinkan, menjadi mungkin – karena peran teknologi. Kecanggihan alat-alat medis tentunya juga sangat mempengaruhi keberhasilan tindakan medis maupun peningkatan *patient safety*. Modalitas canggih juga sangat membantu pelaksanaan pengobatan dan membantu ketepatan diagnosis suatu penyakit dalam skala tertentu.

Namun, penggunaan teknologi dalam dunia kesehatan juga harus diimbangi dengan keterlibatan tenaga medis yang mumpuni, prosedur medis yang dilakukan secara profesional dan kondisi klinis pasien yang dipahami staf medis dengan baik. Tanpa adanya keseimbangan diantara ketiganya, bisa jadi teknologi justru menimbulkan suatu efek negatif. Penggunaan alat kesehatan yang tidak dipahami oleh sejumlah staf medis menimbulkan risiko buruk bagi pasien. Misalnya kesalahan yang diperbuat petugas terkait penggunaan alat hemodialisis bagi pasien yang harus cuci darah. Penggunaan alat-alat dengan kandungan zat radioaktif juga bisa

menimbulkan efek negatif lain. Kondisi fisik pasien misalnya, posisi yang salah saat penempatan proses di unit radiologi juga bisa saja membuat teknologi justru menjadi bumerang.

Cedera pasien yang berkenaan dengan penggunaan teknologi dan prosedur medis disebut dengan cedera **iatrogenik**. Cedera ini dapat terjadi akibat sejumlah gangguan diantaranya faktor alat medis, lingkungan dan *user* (perawat ataupun dokter). Faktor alat berkaitan dengan karakter alat, malfungsi, kerumitan/kompleksitas alat dan kadaluarsanya alat. Hal-hal tersebut tentu berkaitan dengan yang mempengaruhi bagaimana pengguna alat (*user*) memanfaatkan alat tersebut. Faktor lingkungan bisa berkaitan dengan faktor pencahayaan yang kurang, *noise* (gangguan), getaran dan sebagainya saat pengguna menggunakan teknologi medis. Sementara faktor *user* berkaitan dengan kemampuan, perilaku, dan karakter fisik dari pengguna alat.

Berbagai macam kompleksitas atas penggunaan teknologi dapat mempengaruhi setiap staf atau petugas medis yang menjalankan tugasnya. Adanya tekanan waktu, situasi yang gawat serta kerumitan teknologi menjadi sumber stres fisik dan mental bagi para petugas tersebut. Tidak sedikit pula kejadian tidak diharapkan atau cedera iatrogenik yang berhubungan dengan penggunaan alat dan teknologi medis. Cahyono (2008) memberikan sejumlah contoh kejadian yang tidak diharapkan berkaitan dengan alat dan teknologi medis misalnya :

1. Pasien mengalami patah tulang hidung karena terbentur oleh C arm (pemeriksaan sinar X, biasanya ditempatkan di ruang operasi) yang bergerak tanpa bisa dikontrol.
2. Pasien mengalami hipoglikemia setelah mendapatkan insulin berlebihan karena alat pemeriksa kadar gula darah (*gluco test*) mengalami eror.
3. Pasien mengalami luka bakar di organ sekitar uterus setelah dilakukan ablasi endometrial. Dokter tidak mengetahui bahwa dinding uterus tipis.
4. Kabel EKG mengalami kebocoran, sehingga menyebabkan pasien meninggal terkena aliran listrik.
5. Pasien mengalami henti jantung tidak tertolong karena alat deflibator eksternal tidak dapat mengalirkan energi listrik yang telah diprogram.
6. Pasien dengan kelainan jantung dan dipasang katup jantung mekanik meninggal sepuluh tahun kemudian akibat mengalami endokarditis.

Berbagai alat medis yang digunakan dalam prosedur diagnostik, tindakan maupun terapi seperti jarum infus, jarum spinal, kateter, peralatan hemodialysis, tabung pengumpul darah

dan peralatan bedah harus memenuhi syarat keamanan atau *safety device*. Luka bekas pemasangan jarum infus juga dapat menyebabkan terjadinya infeksi nosokomial. Dalam Cahyono (2008), disebutkan bahwa setiap tahun di rumah sakit ada sekitar 235.000 tindakan pemasangan jarum infus, diantaranya 16 pasien mengalami kelukaan (*needlestick injury*) dan tertular penyakit HIV, hepatitis C dan B. Berdasarkan evaluasi terhadap 237 pasien yang meninggal akibat KTD, disimpulkan bahwa kegagalan alat dan operator menjadi penyebab utama cedera medis itu. Di bawah ini analisis kegagalan yang berkaitan dengan penggunaan teknologi :

<b>Penyebab kejadian yang tidak diharapkan (KTD)</b>	<b>Jumlah KTD</b>	<b>%</b>
Kegagalan alat yang tidak dapat diprediksi	8	3,4
Kualitas alat	2	0,8
Lingkungan eksternal	1	0,4
Kesalahan operator karena faktor pendidikan/ training	58	24,5
Kesalahan operator akibat faktor kebingungan	67	28,3
Faktor pasien	3	1,3
Tidak dapat dianalisis	98	41,4
<b>Jumlah total</b>	<b>237</b>	<b>100</b>

**Tabel 7.** Analisis Kegagalan (Alat-Lingkungan-Operator) Pada Pasien yang Mengalami Kematian  
(Sumber: Cahyono, 2008)

Teknologi digunakan dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien. Teknologi digunakan untuk mengantisipasi keterbatasan manusia. Untuk itulah, agar penggunaan teknologi dapat maksimal dan sesuai dengan harapan, sejumlah hal wajib diperhatikan dalam penggunaan teknologi di bidang kesehatan. Misalnya alat yang digunakan harus memenuhi standar keamanan atau *safety device*. Jangan sampai penggunaan alat yang seharusnya memudahkan manusia dalam hal peningkatan keselamatan justru menimbulkan efek sebaliknya.

Sejumlah faktor dapat menyebabkan alat dan teknologi menjadi malfungsi. *Pertama*, faktor yang berhubungan dengan alat itu sendiri, misalnya kerusakan alat karena tidak dipelihara dengan baik, kesalahan dari pabrik, rusak saat pengemasan dan proses lainnya serta modifikasi alat yang kurang tepat. *Kedua*, adalah faktor eksternal yang dapat mengurangi kemampuan dan merusak alat. Misalnya temperatur, gangguan sumber frekuensi

radio/elektromagnetik, listrik dan sebagainya. *Ketiga*, adalah faktor pengguna alat (SDM) yang mengoperasikan alat. Misalkan pengoperasian alat yang salah dan sembarangan, kesalahan dalam *setting* alat dan lain sebagainya yang berasal dari faktor manusia pengguna alat tersebut.

Upaya yang dilakukan dalam rangka mengurangi adanya risiko kesalahan dan pencegahan insiden yang bersumber dari manusia dan berkenaan dengan teknologi ataupun alat-alat kesehatan dikaji dalam ilmu ergonomi. Kajian ini seringkali disebut sebagai *human factor engineering*. Dalam sudut pandang kajian ini, hal yang difokuskan adalah bagaimana lingkungan kerja mempengaruhi petugas dalam bekerja. Maka, ada tiga interaksi yang harus diperhatikan dalam kajian ergonomi, yakni *user* atau operator (seputar kemampuan, perilaku, dan karakteristik fisik *user*), lingkungan (karakteristik lingkungan disesuaikan dengan keadaan penggunaan alat di lingkungan itu), dan alat (karakteristik alat).

Faktor *user* atau operator yang harus diingat adalah bahwa kesalahan medis berkenaan dengan faktor *user* ini tidak bisa dihilangkan sama sekali. Sebab, manusia memiliki kemampuan sekaligus keterbatasan yang berkaitan dengan karakter fisik, fisiologis, maupun psikologis. Contoh sederhananya, dokter bedah yang mengalami tremor (gemetar) akan membahayakan pasien bila operasi dengan menggunakan pisau bedah mata. Karakteristik fisiologis meliputi kekuatan otot, hingga ketahanan tubuh dalam posisi tertentu saat menggunakan alat. Psikologis meliputi reaksi mental staf medis, kemampuan ataupun keterbatasan daya ingat dan lain sebagainya.

Sementara faktor lingkungan meliputi karakter lingkungan saat penggunaan alat atau teknologi kesehatan tersebut. Hal yang dapat dilakukan adalah modifikasi lingkungan dengan melakukan harmonisasi antara operator dengan seluruh komponen lingkungan kerja. Kondisi lingkungan yang buruk dapat membuat stres operator alat medis. Misalnya seperti lingkungan yang tidak nyaman, gerah, kotor, berisik, beban kerja berlebihan, adanya paparan biologis (mikroorganisme), kimiawi (*toxic/racun*) dan sebagainya. Kedua faktor inilah yang mempengaruhi penggunaan teknologi.

Namun, pada hakikatnya, penggunaan teknologi dan alat ditujukan untuk membantu dan memudahkan manusia dalam memberikan pelayanan kesehatan yang semakin berkualitas demi keselamatan pasien. Untuk itu, diperlukan dukungan serempak dan berkesinambungan, khususnya dari penyedia layanan kesehatan. Selain kompetensi dan kemampuan SDM dalam



menguasai teknologi selalu menjadi prioritas, keadaan lingkungan yang kondusif dan kontrol eksternal dari masyarakat sangat dibutuhkan. Tujuannya tidak lain adalah untuk menurunkan angka cedera karena prosedur medis dan teknologi (*iatrogenik*).

### **C. KOMUNIKASI EFEKTIF DEMI PENINGKATAN *PATIENT SAFETY***

Secara umum, komunikasi di dunia medis meliputi sejumlah jenis komunikasi. *Pertama*, komunikasi yang terjadi di dalam rumah sakit atau suatu penyedia layanan kesehatan. Komunikasi yang dimaksud adalah komunikasi yang terjadi antarpetugas medis dalam melayani pasien. Dalam praktik medis, alih tanggung jawab biasanya terjadi antara paramedis yang satu dengan lainnya secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung misalnya penyampaian yang dilakukan langsung saat bertatap muka, sedangkan tidak langsung bisa saja melalui media lain seperti telepon, tulisan, dan lain sebagainya. Proses komunikasi tersebut terjadi setiap saat dan tidak terbatas pada jumlah.

*Kedua*, komunikasi yang berisi informasi kesehatan baik kepada pasien, masyarakat, maupun publik. Komunikasi ini juga bersifat wajib dengan berbagai tanggung jawab penuh. Misalnya, informasi kesehatan yang disebarakan harus sesuai dengan fakta dan kenyataan medis. Bahkan, komponen rumah sakit memiliki sejumlah pekerjaan rumah. Salah satunya memastikan informasi yang beredar di masyarakat tersebut (yang disebarakan resmi oleh rumah sakit) terjamin kebenarannya.

Stevens dkk (2012) menyebutkan bahwa manusia tidak bisa tidak berkomunikasi. Begitu pula dalam dunia kesehatan. Komunikasi tentu diperlukan, baik antarperawat atau antarpetugas medis, komunikasi dengan pasien dan keluarga pasien, maupun siapa saja yang ada di lingkungan rumah sakit. Perawat bisa menjadi pengirim berita (komunikator) dan pasien menjadi penerima berita (komunikan). Komunikasi yang terjadi pun bisa bermacam-macam, yakni komunikasi verbal yang terjadi dengan bantuan kata-kata, hingga komunikasi nonverbal yang terdiri dari bahasa tubuh. Kedua jenis komunikasi ini sangat mungkin digunakan dalam kehidupan sehari-hari. Begitu pula di lingkungan rumah sakit.

Zen (2013) menjelaskan bahwa keterampilan dalam menjalin komunikasi yang baik merupakan dimensi terpenting yang harus dimiliki oleh setiap petugas pelayanan kesehatan. Komunikasi merupakan salah satu jembatan guna menciptakan kerjasama dengan pasien dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya. Setiap petugas layanan kesehatan juga harus

memiliki kompetensi komunikasi yang baik. Misalnya dalam berkomunikasi dengan pasien dengan umur tertentu (pasien lansia) ataupun pasien yang masih anak-anak. Petugas harus menguasai teknik berkomunikasi dengan mempertimbangkan perbedaan bahasa, suku, jenis kelamin hingga faktor usia.

Dalam komunikasi, termasuk di bidang kesehatan, sejumlah faktor penghambat komunikasi harus di atasi. *Pertama* adalah hambatan yang disebabkan karena tidak mengenal dan tidak memahami pasien. Seorang petugas kesehatan semestinya mengenali pasien dengan baik, apalagi perawat. Pemahaman ini akan membuat proses komunikasi yang terjalin juga lebih efektif. *Kedua*, hambatan dikarenakan petugas tidak mengetahui budaya dari pasien. Terkadang ada pasien yang menyukai komunikasi yang jelas dan ringkas dalam penjelasan atau sebaliknya. *Ketiga*, petugas selaku komunikator tidak melakukan evaluasi komunikasi terkait respon proses tersebut. *Keempat*, hambatan dapat berupa tidak menjadi pendengar yang baik. *Terakhir*, tidak paham strategi penggunaan media sebagai sarana komunikasi. Jika sejumlah hambatan tersebut dapat di atasi, maka komunikasi yang efektif dapat berjalan.

Komunikasi efektif yang dimaksud adalah komunikasi yang diberikan oleh petugas medis baik dokter, perawat, maupun pihak rumah sakit pada pasien. Dalam Cahyono (2008), dijelaskan bahwa interaksi antara dokter dan pasien yang dijalin melalui komunikasi yang efektif dapat mempengaruhi proses penyembuhan. Apa yang dibutuhkan pasien adalah proses perawatan yang mencakup perawatan fisik, perilaku, kognitif, dan emosi. Dalam sejumlah penelitian dilaporkan bahwa keterampilan komunikasi efektif dapat memperbaiki keluhan penyakit secara lebih cepat, memperbaiki skor emosi dan mengurangi tes-tes dan rujukan pasien. Kesimpulan penelitian tersebut adalah komunikasi yang baik dapat meningkatkan status kesehatan dan meningkatkan efisiensi perawatan.

### **1. Definisi dan Elemen Komunikasi Kesehatan**

Secara etimologis, komunikasi berasal dari kata *communication*, yakni dari bahasa Latin, yang berakar dari dua kata yakni “*com*” (bahasa Latin *cum*) yang berarti “dengan atau bersama dengan” dan “*unio*” (bahasa Latin *union*) yang berarti “bersatu dengan”. Jadi komunikasi dapat diartikan “*union with*” (bersatu dengan) atau *together with* (bersama dengan). Pada perkembangannya, komunikasi mengalami peralihan makna yang membuat kita memahami aktivitas komunikasi manusia sebagai suatu usaha untuk

membangun kerja sama. Komunikasi adalah rangkaian proses pengalihan informasi dari satu orang kepada orang lain dengan maksud tertentu (Liliweri, 2009).

Secara definitif komunikasi merupakan alat efektif guna mempengaruhi tingkah laku manusia, sehingga terus dikembangkan sekaligus dipelihara keberadaannya. Komunikasi bertujuan untuk memudahkan, melancarkan, serta melaksanakan kegiatan-kegiatan tertentu dalam menuai tujuan secara optimal, baik dalam lingkup pekerjaan maupun hubungan antarmanusia. Komunikasi diartikan sebagai suatu upaya untuk menciptakan kebersamaan, pertukaran pesan, dan informasi serta suatu proses pengiriman informasi (Zen, 2013).

Komunikasi adalah suatu proses penyampaian pesan dari seseorang kepada orang lain dalam rangka memberitahukan, mengubah sikap, berpendapat, atau berperilaku keseluruhan, baik secara langsung maupun tidak (Arwani, 2005). Sitorus (2011) menyebutkan bahwa selain komunikasi dengan apa yang ada di luar tenaga kesehatan seperti pasien, komunikasi dalam organisasi juga penting dilakukan. Sebab, penentu keberhasilan tindakan medis adalah komunikasi yang dilakukan dalam organisasi, yakni antarpetugas, atasan, dan supervisor.

Komunikasi dapat diartikan sebagai sebuah proses pertukaran pesan baik yang tertulis ataupun tidak. Pertukaran informasi ini dilakukan dengan metode tertentu. Proses ini juga dapat menggunakan media dalam menyalurkan pesan. Maka, setiap proses komunikasi sebagai suatu aktivitas manusia tentu melibatkan sumber komunikasi, pesan komunikasi yang berbentuk verbal maupun non verbal, media atau saluran sebagai sarana ataupun wadah untuk tempat pesan dialihkan, serta berhubungan dengan cara, alat, dan metode untuk memindahkan pesan.

Komunikasi adalah salah satu sarana yang wajib dimanfaatkan untuk menyukseskan kesehatan masyarakat. Seluruh analisis kesehatan mempertimbangkan untuk mengikutsertakan strategi komunikasi untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Maka, peranan ilmu komunikasi dalam bidang kesehatan sangatlah penting untuk menyebarluaskan informasi yang dapat mempengaruhi individu dan masyarakat. Berbicara mengenai komunikasi kesehatan, tidak akan lepas dari segala bahasan tentang kesehatan dan juga tentang promosi kesehatan.

Sesuai perkembangan komunikasi kesehatan, dulunya komunikasi kesehatan berawal dari gerakan-gerakan informatif dalam bidang kesehatan. Misalnya adanya gerakan peningkatan ilmu kebersihan dan pendidikan pada masyarakat dan warga untuk senantiasa hidup sehat. Begitu juga gerakan pengawasan diri dalam bentuk menjaga kontak tubuh dengan lingkungan, berupa perlindungan dari infeksi atau kuman yang bertebaran di lingkungan. Dulu komunikasi kesehatan hanya membicarakan seputar pelaporan dan informasi kesehatan yang tidak jelas sumbernya. Maka saat ini, penyedia layanan kesehatan dan seluruh tenaga kesehatan tentunya memiliki kewajiban untuk ikut mengawasi dan menjaga agar informasi kesehatan yang beredar di masyarakat dapat dipertanggung jawabkan sehingga efek kesalahan informasi kesehatan tidak terjadi.

Sementara komunikasi yang selanjutnya adalah proses pertukaran informasi dalam sebuah penyedia layanan kesehatan. Sebagaimana dijelaskan di atas, proses komunikasi yang dilakukan paramedis satu dengan lainnya sangatlah panjang. Dalam satu hari saja, tidak kurang dari satu juta proses komunikasi terjadi di rumah sakit. Sayangnya, proses komunikasi tersebut berlangsung begitu saja tanpa adanya struktur yang jelas. Apalagi, jenis informasi yang diberikan dan disampaikan dalam proses tersebut sangat penting.

Hal penting yang perlu diperhatikan adalah jika ketidakjelasan informasi tersebut mengakibatkan kesalahan fatal. Kesalahan dalam proses alih informasi akan mengakibatkan pasien mendapatkan cedera, baik KTD/KNC ringan, bahkan hingga terjadinya kematian pasien. Semestinya, komunikasi dan informasi di dalam rumah sakit harus dilakukan dengan benar-benar tepat, akurat dan jelas. Jika tidak, maka potensi terjadinya kesalahan medis akan terjadi.

Sejumlah kesimpulan terkait komunikasi di rumah sakit adalah *pertama*, cedera medis sebenarnya tidak perlu terjadi jika sudah terjadi alih informasi yang jelas (baik verbal maupun nonverbal). *Kedua*, tanpa adanya standarisasi komunikasi berupa prosedur cara berkomunikasi yang terstruktur, maka alih informasi akan menjadi sangat rawan dan rentan terjadi bias. *Ketiga*, dalam proses pengalihan informasi dan tanggung jawab seringkali terjadi interupsi dalam tugas. *Keempat*, tanpa memberdayakan pasien dan keluarga, khususnya dalam proses alih tugas antarpetugas, risiko kesalahan lebih mudah terjadi. Maka, seorang perawat atau tenaga kesehatan di sebuah lembaga

penyedia layanan kesehatan harus benar-benar mendokumentasikan informasi yang didapatkannya dengan baik, agar saat pengalihan informasi tidak terjadi kesalahan data.

Sejumlah fakta menunjukkan, informasi yang tidak akurat akan menyebabkan kesalahan dan KTD. Cahyono (2008) memaparkan bahwa berdasar laporan *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), setelah dianalisis terhadap 2966 KTD, sebanyak 65% terjadi karena masalah komunikasi. Maka, komunikasi yang efektif penting untuk menjadi standar komunikasi di rumah sakit. Komunikasi efektif penting sebagai strategi komunikasi demi mewujudkan pelayanan pasien yang tepat dan tentunya memiliki tujuan utama berupa keselamatan pasien.

## 2. Tujuan Komunikasi Kesehatan

Setidaknya, ada dua tujuan komunikasi kesehatan, yaitu tujuan strategis dan tujuan praktis (Liliweri, 2011). Tujuan pertama adalah tujuan strategis. Umumnya, program komunikasi kesehatan biasanya disampaikan dan dirancang dalam bentuk yang menarik. Misalnya dalam bentuk paket modul, *banner*, *standing banner* dan lain sebagainya. Tujuan strategis komunikasi kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. *Relay information*, yakni meneruskan informasi kesehatan dari suatu sumber kebijakan pada pihak lain secara berangakai (*hunting*).
- b. *Enable informed decision making* – memberikan informasi akurat untuk memungkinkan pengambilan keputusan.
- c. *Promote healthy behaviours*- informasi untuk memperkenalkan perilaku hidup sehat.
- d. *Promote peer information exchange and emotional support*, mendukung pertukaran informasi pertama dan mendukung secara emosional pertukaran informasi kesehatan.
- e. *Promote self-care*, memperkenalkan pemeliharaan kesehatan diri sendiri.
- f. *Manage demand for health services*, memenuhi permintaan layanan kesehatan.

Sementara itu, tujuan kedua komunikasi kesehatan yakni tujuan praktis. Menurut Taibi Kahler (dalam Liliweri, 2011), secara praktis, tujuan khusus komunikasi kesehatan adalah meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui usaha pendidikan dan pelatihan. Tujuannya antara lain:

- a. Meningkatkan pengetahuan yang mencakup prinsip dan proses komunikasi manusia.
- b. Menjadi komunikator yang punya etos, patos, logos dan kredibel.
- c. Menyusun pesan verbal dan nonverbal dalam komunikasi kesehatan.

d. Memilih media informasi kesehatan yang sesuai dengan konteks komunikasi kesehatan serta menentukan segmentasi komunikan yang sesuai dan lain sebagainya.

Selain komunikasi eksternal dalam bidang kesehatan, komunikasi yang efektif antarpetugas medis juga sangat penting dalam pelayanan kesehatan. Komunikasi yang efektif antara internal penyedia layanan kesehatan masuk dalam sasaran keselamatan pasien. Penggunaan komunikasi yang efektif tentunya akan mengurangi kesalahan dan insiden medis. Penggunaan komunikasi yang efektif tentu juga menghasilkan peningkatan keselamatan pasien.

Komunikasi membutuhkan sarana penyampai informasi atau pesan agar komunikasi dapat terjadi lebih efektif, baik melalui media lisan, tulisan, maupun elektronik. Kesalahan terbanyak di dunia medis dalam komunikasi adalah komunikasi yang dilakukan secara lisan ataupun melalui telepon. Maka, pencatatan kembali atas suatu perintah medis (misalnya dari dokter ke perawat) penting dilakukan. Biasanya pencatatan kembali dilakukan di komputer agar lebih aman dan terstruktur. Kemudian catatan tersebut harus diperiksa kembali (*read back*) dan dilihat apakah perintah medis tersebut telah tepat.

Komunikasi memang harus digunakan dengan tujuan sebaik-baiknya, yakni demi peningkatan keselamatan pasien. Di sisi lain, komunikasi dalam kesehatan harus dilakukan dengan sangat hati-hati. Sejumlah elemen yang harus dipenuhi dalam sasaran komunikasi yang efektif diantaranya adalah sebagai berikut.

- a. Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan 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.
- d. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

### **3. Hambatan dan Strategi Komunikasi Kesehatan**

Salah satu kesalahan yang menimbulkan dampak besar dalam pelayanan kesehatan adalah komunikasi. Hal ini terbukti dari laporan yang ada. Cahyono (2008)

menyebutkan, sesuai dengan laporan *Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCHO), diketahui bahwa sebanyak 65% dari 2840 kasus *sentinel event* (kejadian tak diharapkan yang fatal) disebabkan oleh komunikasi. Masalah komunikasi yang dimaksud adalah komunikasi antara petugas dengan petugas, petugas dengan pasien, serta petugas dengan keluarga pasien.

Dalam dunia kesehatan, masalah komunikasi sering kali dikesampingkan. Keterampilan klinis selalu diutamakan dengan melupakan keterampilan berkomunikasi dengan sejumlah pihak. Hal inilah yang kemudian menjadi celah dalam dunia kesehatan, bahwa tidak semestinya suatu lembaga penyedia layanan kesehatan mengabaikan komunikasi dalam proses perjalanan pasien untuk meraih kesembuhan.

Komunikasi dalam organisasi kesehatan juga dapat dikatakan sebagai suatu komunikasi yang sangat sulit dilakukan. Sebab, harus mempertimbangkan aspek interpersonal maupun organisasi. Untuk meminimalisir hambatan dalam komunikasi, maka semua petugas kesehatan harus meningkatkan kemampuan komunikasi yang efektif. Sitorus (2016) menyebutkan hambatan komunikasi terdiri dari sejumlah hal, antara lain:

- a. Hambatan fisik, berupa hambatan dari faktor lingkungan. Hambatan ini dapat berupa jarak, ruang, temperatur, bising, perlengkapan, metode yang tidak tepat dan ventilasi.
- b. Hambatan psikososial, berupa perbedaan antara *sender* dan *receiver* baik dalam hal latar belakang, nilai, keyakinan, persepsi, perasaan negatif dan lain sebagainya.
- c. Hambatan semantik, adalah hambatan yang berasal dari tanda-tanda, simbol-simbol yang ditafsirkan sebagai arti kata (semantik). Hambatan ini terjadi karena adanya pemahaman yang kurang jelas terhadap informasi atau pesan yang diterima. Oleh karena itu, penting bagi perawat maupun petugas medis lainnya untuk memahami arti kata terlebih dahulu sebelum menggunakannya untuk disampaikan pada orang lain.

Sejumlah hambatan tersebut kerap kali terjadi dan membuat komunikasi yang terjalin tidak efektif. Saat komunikasi tidak efektif, bisa saja menimbulkan kesalahan pemahaman, dan kesalahan persepsi. Misalnya *miss* komunikasi yang terjadi antara manager perawat dan perawat. Instruksi yang diberikan tidak sesuai dengan apa yang dilakukan oleh perawat tersebut. Setelah dianalisis, diketahui ternyata si perawat belum menangkap secara lengkap pesan atau informasi dalam bentuk instruksi yang diberikan

oleh managernya. Hal inilah yang membuat perawat tersebut tidak melakukan instruksi sesuai dengan informasi manager perawat. Untuk itu, komunikasi yang efektif sangat penting demi mencegah terjadinya KTD.

Senada dengan itu, Elrifda (2011) dalam penelitiannya menjelaskan bahwa persoalan komunikasi dalam dunia kesehatan tidak dapat dikesampingkan. Sebab, komunikasi juga menjadi penyebab kesalahan terbanyak. Jenis kesalahan pelayanan yang dilakukan petugas di rumah sakit meliputi banyak hal diantaranya kedisiplinan, komunikasi, dan kesalahan teknis. Namun, ternyata penyebab kesalahan terbanyak yang dikemukakan responden adalah kesalahan informasi. Kesalahan informasi salah satunya disebabkan oleh komunikasi yang buruk sehingga petugas tidak memahami dengan jelas apa yang dibicarakan atau pesan yang disampaikan.

Hasil penelitian ini selaras dengan penjelasan dalam *Journal of the Royal Society of Medicine* bahwa penyebab kesalahan pelayanan adalah kegagalan sistem, dalam hal ini berupa komunikasi yang buruk. Selain itu penyebab kesalahan pelayanan oleh petugas adalah kurang pengetahuan sehingga petugas tidak dapat melakukan tugasnya dengan baik. Kesalahan pelayanan kesehatan dapat disebabkan oleh faktor manusia, seperti variasi pendidikan, *training*, dan pengalaman petugas yang memberikan pelayanan kesehatan.

Strategi komunikasi kesehatan meliputi sejumlah desain pilihan yakni komunikator kesehatan, pesan-pesan kesehatan, media kesehatan, komunikasi kesehatan (audien-sasaran komunikasi), mereduksi hambatan komunikasi, serta menentukan dan memilih konteks komunikasi kesehatan. Hal ini tentu sesuai dengan unsur-unsur berlangsungnya komunikasi, yakni komunikator, pesan, komunikasi dan sarana atau media penyampaian pesan. Maka, komunikasi kesehatan berbicara seputar proses berlangsungnya pertukaran makna dari satu individu ke individu lain yang tentunya berkenaan dengan isu kesehatan.

Sementara itu, dalam Sitorus (2011) disebutkan sejumlah keterampilan komunikasi efektif untuk menghilangkan hambatan dalam komunikasi. Keterampilan tersebut diantaranya adalah menjadi pendengar yang baik atau mendengarkan secara efektif. Mendengarkan secara efektif sangat penting dalam keterampilan komunikasi. Sebab, salah satu cara menjadi komunikator yang efektif adalah menjadi pendengar yang baik.



Menjadi pendengar yang baik juga merupakan upaya untuk mengatasi hambatan dan kesalahpahaman dalam komunikasi.

Apalagi bagi petugas kesehatan, mendengarkan pasien berbicara, mengeluh tentang penyakitnya dan lain sebagainya adalah hal yang sangat penting. Mendengar merupakan salah satu cara empati agar pasien dapat berbicara secara nyaman kepada perawat ataupun petugas kesehatan. Mendengarkan dengan baik juga berarti mengerti dan memahami apa respon yang paling tepat akan digunakan menanggapi lawan bicara. Artinya, proses mendengarkan yang baik juga merupakan upaya menciptakan komunikasi yang efektif.

Strategi komunikasi efektif lainnya adalah melakukan tindakan asertif dalam komunikasi. Asertif adalah perilaku yang digunakan seseorang untuk menyatakan diri dan hak-haknya tanpa melanggar hak orang lain. Hal ini sangat penting dilakukan demi terciptanya komunikasi yang efektif. Lawan dari asertif ini adalah agresif, di mana seseorang memaksakan keinginan atau ide-idenya kepada orang lain. Perilaku agresif dalam komunikasi tidak diperkenankan karena bisa membuat sebuah proses komunikasi menjadi tidak efektif dan memberi pengaruh negatif.

Kemampuan komunikasi dalam tim juga dibutuhkan untuk membangun komunikasi efektif. Komunikasi yang baik dalam tim dapat ditingkatkan dengan meningkatkan *trust* dan ketulusan dalam organisasi. Kesesuaian kata dan perbuatan dalam sebuah organisasi termasuk tim di rumah sakit akan meningkatkan *trust*. Dari ketulusan dan kepercayaan dalam organisasi akan timbul suatu komunikasi yang efektif, terbuka, dan saling memberikan masukan yang membangun bagi suatu organisasi atau tim kesehatan (Sitorus, 2011).

#### **D. KEBIJAKAN YANG MENDUKUNG *PATIENT SAFETY***

Berkaitan dengan program *patient safety*, pemerintah telah memberikan sejumlah pedoman dan panduan dalam menjalankan pelayanan dalam bidang medis. Tujuannya tidak lain adalah untuk mewujudkan seluruh program keselamatan pasien. Salah satu regulasi yang disediakan pemerintah berkaitan dengan panduan keamanan nasional adalah penerbitan Panduan Nasional *Patient safety*. Kemenkes RI menerbitkan aturan untuk Rumah Sakit tahun 2008 yang terdiri dari 7 standar, antara lain:

1. Hak pasien.
2. Mendidik pasien dan keluarga.
3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.
4. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program.
5. Peningkatan keselamatan pasien.
6. Mendidik staf tentang keselamatan kerja.
7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Dalam mencapai tujuh standar tersebut, diperlukan pula langkah-langkah yang harus dilakukan. Untuk mencapai ketujuh standar tersebut, Panduan Nasional menganjurkan 7 Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit, antara lain:

1. Bangun kesadaran akan keselamatan pasien,
2. pimpin staf,
3. integrasikan aktivitas pengelolaan risiko,
4. kembangkan sistem pelaporan,
5. libatkan dan berkomunikasi dengan pasien,
6. belajar dari berbagai pengalaman tentang keselamatan pasien, dan
7. cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

Selain sejumlah standar dan panduan keselamatan pasien tersebut, ada sejumlah kebijakan yang dapat mendukung pelaksanaan program keselamatan pasien. Kebijakan tersebut diantaranya adalah sebagai berikut.

### **1. Menerapkan Sistem Pencegahan Terjadinya Insiden**

Kendati kecelakaan adalah suatu hal yang tidak dapat dihindarkan, kecelakaan juga merupakan sebuah insiden yang sebenarnya dapat dicegah. Kecelakaan tersebut dapat dicegah dengan desain organisasi dan organisasi yang baik. Misalnya ciri-ciri organisasi yang baik adalah mengayomi, memiliki komitmen organisasi dalam keselamatan pasien, melakukan pendekatan sistem memecahkan masalah, dan selalu mempunyai kemauan yang kuat untuk mewujudkan peningkatan keselamatan pasien. Kecelakaan di sebuah rumah sakit akan lebih kerap terjadi karena adanya kompleksitas organisasi. Sementara itu, organisasi yang memiliki kebijakan lebih longgar justru mengalami kecelakaan dengan kemungkinan relatif kecil.

## **2. Menciptakan Sistem Pencegahan Kesalahan**

Prinsip utama dari pembuatan sistem pencegahan suatu masalah adalah bagaimana mengatasi keterbatasan manusia. Manusia mungkin memiliki sejumlah kelebihan dalam hal intelektual dan hal-hal lain. Namun, manusia juga memiliki sejumlah kekurangan. Misalnya keterbatasan memori, ingatan, kewaspadaan berlebihan dan sebagainya. Kekurangan dan keterbatasan manusia inilah yang seringkali dihadapi manusia dengan melakukan pendekatan berupa respek terhadap keterbatasan manusia. Sejumlah hal yang dapat dilakukan untuk menghindari kecelakaan, yakni menghindari sesuatu yang mengandalkan memori, menghindari sesuatu yang mengandalkan kewaspadaan yang berlebihan, serta merancang sistem yang lebih sederhana dan tidak rumit.

## **3. Melakukan Standardisasi, Menjamin Kompetensi, dan Profesionalitas SDM**

Penerapan standardisasi yang dimaksud adalah penetapan tingkat minimal yang harus dipenuhi staf medis, petugas, ataupun karyawan lainnya untuk memenuhi standar tersebut sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan. Secara singkat, hal-hal yang harus distandardisasi dalam kegiatan pelayanan kesehatan antara lain, proses layanan, tindakan, keterampilan klinis dan penampilan, lingkungan kerja, serta kondisi alat kesehatan. Sementara itu, jaminan kompetensi dan profesionalitas SDM merupakan salah satu kebijakan yang sangat mendukung program keselamatan pasien. Artinya, peningkatan kualitas SDM di sebuah rumah sakit dan penyedia layanan kesehatan sangat penting dilakukan. Sebab SDM merupakan pilar utama dari sebuah pelayanan kesehatan. Maka, kebijakan tentang adanya peningkatan kualitas SDM menuju SDM dan petugas yang berkualitas sangatlah penting.

## **4. Perancangan Lingkungan yang Aman**

Penciptaan kebijakan berupa lingkungan yang kondusif, adanya iklim *teamwork*, mengantisipasi adanya risiko dengan manajemen risiko, serta pembuatan kebijakan yang baik bagi karyawan. Misalnya kebijakan mengenai beban kerja, membangun lingkungan yang nyaman, tidak berisik dan sebagainya. Antisipasi terjadinya kerusakan dan dampak negatif dari alat juga sangat membantu untuk merancang lingkungan yang aman. Kebijakan berupa pemenuhan lingkungan yang kondusif ini sangat berpengaruh pada keberhasilan program keselamatan pasien.

## **5. Kebijakan Pelaporan Saat Terjadinya KTD**

Tindakan ini merupakan salah satu kebijakan yang dapat menciptakan iklim dan budaya *safety culture*. Berdasarkan analisis, KTD terjadi karena penumpukan sejumlah kesalahan kecil secara terus-menerus hingga mengakibatkan cedera serius. Untuk itu, sudah semestinya setiap kesalahan yang terjadi di dunia medis dilaporkan saat terjadi kesalahan. Setiap kesalahan (besar maupun kecil) yang ada harus dimunculkan sebagai upaya untuk memperbaiki sistem. Pelaporan kesalahan tidak menunggu dan tidak melihat apakah kesalahan menimbulkan kerugian atau tidak. Namun yang terpenting adalah seluruh elemen rumah sakit dan staf medis tidak takut akan hukuman atas kesalahan yang diperbuatnya. Pelaporan kesalahan ini seharusnya tidak bersifat menghukum tetapi lebih ke pemakluman atas kesalahan manusiawi.

## **6. Pelaksanaan Audit Medis dan Surveilans**

Berdasarkan pengertiannya, audit merupakan penilaian terhadap kinerja melalui perbandingan apa yang seharusnya dilakukan dan standar apa yang seharusnya dilakukan. Salah satu cara audit medis dapat dilakukan melalui telaah rekam medis atau catatan medis. Namun, untuk mempelajari seluruh berkas rekam medis tentu tidak mudah. Sementara itu, surveilans adalah bentuk kegiatan pengawasan terhadap infeksi nosokomial. Infeksi ini dapat diklasifikasikan sebagai KTD. Surveilans adalah pengamatan terus-menerus, aktif, dan sistematis terhadap kejadian dan penyebaran infeksi nosokomial.

## **7. Kebijakan yang Menghindari Penggunaan Memori Secara Berlebihan**

Memori manusia memiliki keterbatasan. Mengandalkan daya ingat secara berlebihan dalam pengambilan sebuah keputusan tentu mengandung risiko yang cukup tinggi. Hal ini membuat tindakan yang dilakukan sangat riskan mengalami kesalahan medis ataupun insiden lainnya. Untuk mendukung tindakan pencegahan kesalahan, yang diperlukan adalah meminimalisir penggunaan memori secara berlebihan. Berlebihan di sini artinya, pelaksanaan tindakan medis yang perlu mengingat data dalam jumlah banyak sekaligus. Kendati menggunakan memori, data pendukung juga sangat diperlukan untuk menguatkan atau menjadi dasar klinis dalam sebuah tindakan medis. Tindakan ini juga dapat berupa pembuatan daftar tilik, tabel penghitungan dan lain sebagainya. Tentunya bertujuan untuk mencegah hal-hal yang tidak diinginkan terjadi.

## 8. Kebijakan yang Merancang Sistem Sederhana dan Tidak Kompleks

Semakin rumit dan kompleks suatu sistem yang harus dipahami, semakin besar pula risiko yang ditimbulkan. Kompleksitas inilah yang kerap kali menjadi masalah, yakni berawal dari kurangnya pemahaman SDM atau petugas kesehatan berkenaan dengan sistem yang diterapkan. Simplikasi proses dan prosedur sistem tentu akan memudahkan petugas dalam melaksanakan program keselamatan pasien.

Pelaksanaan budaya *patient safety* bukanlah hal mudah. Seluruh komponen dan program *patient safety* sudah semestinya diimplikasikan dalam sejumlah komponen di rumah sakit. Misalnya, penggunaan teknologi yang mengharuskan seorang operator alat memiliki kemampuan yang mumpuni dan profesional, demi mewujudkan keselamatan pasien dan tidak menimbulkan KTD. Komunikasi yang efektif di dalam instansi atau organisasi maupun secara eksternal juga sudah semestinya terjalin dengan baik. Apalagi, komunikasi sering kali menjadi faktor penyebab terbesar terjadinya KTD. Untuk itu komunikasi efektif harus diterapkan. Begitu juga sejumlah kebijakan yang sejalan dengan cita-cita program *patient safety* harus senantiasa digalakkan agar budaya *patient safety* tercipta di lingkungan rumah sakit, baik secara internal maupun eksternal.

Ada sejumlah hal yang penting diperhatikan berkenaan dengan budaya *patient safety*. Penyebab lain yang banyak dikemukakan selain karena faktor teknologi, komunikasi, dan implementasi kebijakan, adalah kelalaian petugas. Sebuah penelitian memaparkan pendapat sejumlah responden mengenai penyebab terjadinya kesalahan pelayanan kesehatan. Mereka menyebutkan bahwa terjadinya kesalahan dikarenakan adanya kelalaian petugas seperti karena kurang hati-hati, tertidur, atau karena aktivitas lain. Kelalaian petugas dimungkinkan oleh berbagai hal, antara lain karena volume kerja yang tinggi atau karena tekanan waktu sehingga mengurangi konsentrasi petugas atau dapat mengakibatkan kelelahan. Salah satu sebab kesalahan pelayanan yang dikemukakan oleh 2 dari 34 responden yang mengaku melakukan kesalahan adalah faktor sarana atau peralatan. Kurangnya peralatan dapat membatasi tindakan yang harus dilakukan oleh petugas, sedangkan petugas dituntut melakukan tindakan tertentu (Elrifda, 2011).

Dari hasil penelitian di atas, dapat diambil kesimpulan bahwa implementasi budaya *patient safety* di sebagian besar rumah sakit di Indonesia masih rendah. Bukan hanya itu, budaya pelaporan insiden juga belum dilakukan karena anggapan bahwa pelaporan insiden tersebut

akan mengancam karir atau mengganggu kinerja seorang staf medis. Untuk itu, perlu motivasi untuk melaksanakan seluruh rangkaian budaya pendukung *patient safety* ini secara serentak dalam sebuah instansi kesehatan. Agar perlahan dapat diterapkan dan benar-benar menjadi budaya, selain ditanamkan sebagai tugas utama, keselamatan pasien diharapkan dapat menjadi motivasi petugas medis sehingga mengibaratkan keselamatan pasien sebagai prioritas. Motivasi tersebut dapat berupa penanaman rasa empati dan melayani pasien dengan sepenuh hati. Jika sudah tercipta budaya berupa pelayanan kesehatan maksimal sebagaimana melayani diri sendiri dan keluarga, maka perlahan budaya *safety* akan terbangun. Petugas medis dan seluruh komponen rumah sakit juga perlu ditekankan bahwa esensi dari pelayanan medis adalah menyelamatkan nyawa pasien.

# **BAB IX**

## **MEMBANGUN SISTEM PELAYANAN KESEHATAN YANG AMAN**

### **A. GERAKAN *PATIENT SAFETY***

Setiap negara memiliki sejarahnya masing-masing berkenaan dengan munculnya gerakan keselamatan pasien (*patient safety*). Amerika misalnya, dinilai sebagai negara dengan sistem pelayanan kesehatan yang sangat canggih dan andal serta didukung dengan sistem rekam medis berbasis digital. Sistem layanan kesehatan di Amerika dapat dikatakan sebagai sebuah layanan yang terbaik di dunia, tapi sekaligus termahal. Gerakan *patient safety* di Amerika muncul paling tidak karena tingginya tuntutan malpraktik yang memaksa organisasi profesi dan pelayanan kesehatan serta asuransi melakukan perubahan mutu pelayanan. Selain itu, gerakan tersebut muncul akibat tekanan publik yang melihat besarnya kematian akibat KTD.

Gerakan *patient safety* ini juga mendunia dan telah ditindaklanjuti oleh negara-negara maju dengan munculnya berbagai organisasi yang bertujuan untuk menurunkan angka kejadian kesalahan medis. Negara maju tersebut diantaranya Amerika, Inggris, Kanada dan Australia. Mei 2002, WHO pada acara *World Health Assembly* yang ke-55 menetapkan resolusi yang mendorong setiap negara anggota PBB untuk memberikan perhatian kepada masalah keselamatan pasien. Pada 2004, WHO juga mendirikan *World Alliance for Patient Safety* berprinsip 'First Do No Harm' dan menurunkan morbiditas, cedera, dan kematian pada pasien.

Sementara di Indonesia, Menteri Kesehatan juga telah mencanangkan Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit pada Seminar Nasional PERSI tanggal 21 Agustus 2005. Usai sejumlah deklarasi tersebut, masyarakat dunia khususnya seluruh profesi di bidang medis termasuk Indonesia sudah semestinya memberikan perhatian lebih dan mengutamakan keselamatan pasien. Apalagi, pasien yang sedang mengakses pelayanan kesehatan dilindungi oleh sejumlah regulasi sebagaimana dipaparkan di awal pembahasan.

Seiring berkembangnya isu keselamatan pasien, paradigma memandang terjadinya kesalahan dan cedera medis pun berubah. Semula, kesalahan selalu dianggap sebagai kesalahan manusia yang bersangkutan saja. Akibatnya, individu yang dinilai melakukan kesalahan dicap sebagai seorang petugas medis yang tidak kompeten dan tidak profesional. Saat itu, hal pertama yang

dilakukan penyedia layanan kesehatan jika terjadi kesalahan medis adalah mencari siapa yang bersalah dan siapa yang seharusnya menanggung seluruh kesalahan medis tersebut. Kini, paradigma masyarakat dunia pun berubah dan tidak lagi mengecap seseorang tidak layak menjadi tenaga profesional.

Saat ini diakui bahwa kesalahan medis yang terjadi merupakan kesalahan sistem. Apabila kesalahan individu diterima, maka kesalahan tersebut akan segera ditindaklanjuti untuk mencari akar permasalahan. Hal ini bertujuan untuk memperbaiki sistem yang membuat insiden medis tersebut terjadi. Gerakan keselamatan pasien pun berlandaskan pada kejujuran dan keterbukaan. Artinya, saat terjadinya insiden medis, maka yang menjadi tujuan akhir adalah pembelajaran bersama untuk memperbaiki sistem yang ada.

Sebelum munculnya gerakan keselamatan pasien, dokter dan petugas medis sangat takut melaporkan KTD sebab tidak mau mengambil risiko berupa sanksi, hukuman atau bahkan pemecatan. Namun saat ini telah banyak negara yang mengadopsi kebijakan di mana organisasi kesehatan didorong untuk melaporkan adanya KTD secara sukarela maupun wajib. Kejujuran pada pasien sangat ditekankan saat pasien mulai menerima perawatan medis. Dokter, petugas medis dan rumah sakit juga mempunyai kewajiban etis untuk jujur pada pasien jika terjadi kesalahan medis dan memberikan ganti rugi sesuai dengan aturan yang berlaku atas kerugian yang dialami pasien. Kebijakan semacam ini disebut dengan *medical error disclosure*.

Penerapan program keselamatan pasien di Indonesia terbilang baru. Sampai saat ini PERSI (Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia) bersama Departemen Kesehatan RI masih terus gencar mensosialisasikan gerakan keselamatan pasien. Uji coba gerakan keselamatan pasien ini dimulai sejak 2006. Pada 2012 Kementerian Kesehatan membentuk Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Komnas tersebut mengakhiri tugas KKPRS-PERSI dan sebagai gantinya dibentuklah Institut Keselamatan Pasien Rumah Sakit (IKPRS). Kegiatannya adalah berupa pelatihan, *workshop*, dan kegiatan teknis yang berkenaan dengan isu keselamatan pasien.

Kendati demikian, sampai saat ini gerakan keselamatan pasien di Indonesia belum dipraktikkan sepenuhnya. Berbagai hambatan ditemui sepanjang perjalanan gerakan *patient safety*. Mulai dari dinilai merepotkan; kurang adanya kesiapan baik tenaga, SDM, dan dana untuk menjadikan keselamatan pasien sebagai prioritas; tidak ada penggerak; atau bahkan resistensi di kalangan tenaga medis dan direksi sendiri. Saat terjadi insiden keselamatan pasien,



sebagian rumah sakit masih belum bisa menerapkan program ini secara menyeluruh, mulai dari manajemen risiko hingga menganalisis akar masalah,.

Gerakan keselamatan pasien dan budaya *patient safety* belum sepenuhnya mendapat perhatian total dari pimpinan rumah sakit. Faktornya, mulai dari alokasi finansial hingga SDM yang memberatkan. Misalnya, untuk teknologi dan kecanggihan alat tentu membutuhkan dana yang tidak sedikit. Berkenaan dengan SDM, pengelolaan manajemen risiko dan keselamatan pasien ini bukan tugas utama yang dilakukan di rumah sakit. Pengelolaan ini hanyalah tugas sekunder dan sampingan sehingga pengelolaannya pun menjadi kurang maksimal. Para dokter yang tergabung dalam organisasi manajemen risiko lebih sibuk mengurus jadwal praktiknya di sejumlah rumah sakit. Hal ini tentu menghambat pengelolaan organisasi manajemen risiko. Komite medis, selaku pimpinan utama yang bertanggung jawab atas gerakan keselamatan pasien, serta subkomite di bawahnya pun menjadi tim yang lemah dan perannya menjadi kabur.

Problematika ditambah dengan sedikitnya jumlah dokter spesialis dan rekam medis yang sering kali tidak jelas dan tidak lengkap. Distribusi dokter spesialis juga tidak merata, sebab dokter-dokter tersebut hanya memilih tinggal di kota-kota besar. Bahkan di sejumlah provinsi di luar Pulau Jawa, seorang dokter syaraf harus melayani pasien di dua provinsi sekaligus (Cahyono, 2008). Bukan hanya itu, 'sistem pelaporan berbasis tidak menyalahkan' juga belum diberlakukan di setiap rumah sakit. Pada praktiknya, suasana *blaming culture* masih sangat kental di Indonesia.

Pembahasan KTD didasarkan pada 'siapa' yang mencari kesalahan, bukan 'kenapa' bisa terjadi kesalahan. Maka, saat bicara di forum, tidak akan ada petugas medis yang berani melaporkan kesalahan. Sebab, kesalahan berarti sanksi, hukuman, dan dipermalukan. Maka, *blaming culture* masih saja terjadi di lingkungan medis di Indonesia. Misalnya saja, salah seorang perawat yang melakukan kesalahan dan melaporkan KTD justru disalahkan dan mendapat hukuman. Maka, inilah yang semestinya diubah bersama, yakni bagaimana sistem pelayanan kesehatan yang semula *blaming culture* dapat berubah menjadi *safety culture*.

Seluruh masyarakat Indonesia memiliki pekerjaan rumah bersama untuk benar-benar mengubah pola pikir dalam memandang konsep *patient safety*. Budaya *blaming* semestinya tidak dilestarikan, sebab setiap manusia pasti pernah melakukan kesalahan. Hal yang terpenting adalah mengidentifikasi risiko, mencegah dan meminimalisir kerugian yang terjadi, dan tentunya melakukan evaluasi atas kesalahan medis yang terjadi. Evaluasi tersebut bertujuan untuk

menindaklanjuti insiden yang telah terjadi dan bagaimana cara agar akar masalahnya tidak terulang kembali di lain hari. Pelaporan insiden juga bukan bertujuan untuk mencari-cari kesalahan petugas, tetapi bertujuan untuk mencegah insiden terulang kembali.

## **B. MENJAGA MUTU LAYANAN KESEHATAN**

Kualitas pelayanan kesehatan merupakan salah satu aspek penting dalam setiap instansi penyedia layanan kesehatan, termasuk rumah sakit. Sejumlah rumah sakit dapat dikatakan bermutu jika telah memenuhi sejumlah hal. Misalnya dalam hal tenaga kesehatannya, teknologi, sistem informasi, rekam medis, dan administrasi yang modern. Selain itu, pelayanan kesehatan dapat dinilai baik dan bermutu jika dilihat dari bagaimana proses pelayanan maupun hasil dari pelayanan kesehatan. Maka, mutu dan layanan kesehatan sering diukur dan disejajarkan dengan kepuasan pelanggan.

Hal ini dikarenakan, pasien merupakan komponen yang wajib diutamakan dalam aktivitas pelayanan kesehatan. Sementara dari segi penerima layanan, pelanggan juga merupakan pihak yang harus dipenuhi kepuasannya. Definisi puas adalah perasaan senang maupun kecewa yang dirasakan seseorang setelah menerima pelayanan sebagai hasil perbandingan antara prestasi atau produk yang dirasakannya dengan apa yang diharapkan (Cahyono, 2008). Kepuasan pasien berarti harapan yang ingin diperoleh pasien dalam dan selama mendapatkan perawatan. Secara umum, pelanggan akan merasa puas bila apa yang ia terima (*perceived*) lebih besar dari apa yang dia harapkan (*expected*).

Harapan-harapan yang diinginkan pasien diantaranya adalah kesembuhan dari penyakit yang dideritanya; pelayanan yang ramah dan baik dari perawat maupun seluruh petugas rumah sakit; kamar yang bersih dan nyaman; serta dokter yang komunikatif, bersikap empati dan tidak tergesa-gesa dalam menghadapi pasien. Setiap rumah sakit dan penyedia layanan kesehatan biasanya memiliki strategi tertentu dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Misalnya, menggunakan jargon-jargon tertentu dalam melayani pasien, seperti program *customer service excellent* (CSE). CSE merupakan sebuah program yang mengedepankan kepuasan pelanggan seperti memberikan pelayanan yang ramah (senyum, salam, sapa), selalu bersemangat, empati dan lain sebagainya.

Secara sederhana, Armay (2009) menyebutkan bahwa mutu pelayanan kesehatan adalah sesuatu yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang di satu pihak

dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan. Maka, program untuk menjaga mutu layanan kesehatan merupakan suatu upaya yang dilaksanakan secara berkesinambungan, sistematis, objektif dan terpadu dalam menetapkan masalah dan penyebab masalah mutu pelayanan berdasarkan standar yang telah ditetapkan; menetapkan dan melaksanakan cara penyelesaian masalah sesuai dengan kemampuan yang tersedia; serta menilai hasil yang dicapai dan menyusun saran tindak lanjut untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan.

Bermutu atau tidaknya pelayanan dari instansi kesehatan dapat ditentukan dari lima dimensi. Stefani (2014) menjelaskan dimensi-dimensi tersebut, yakni:

1. *Tangible* (berwujud/kasat mata)

Dimensi ini meliputi keberadaan fasilitas fisik, perlengkapan karyawan, sarana komunikasi dan sebagainya. Artinya, suatu instansi kesehatan harus memiliki kemampuan dan kesiapan terkait pemberian pelayanan untuk menolong pelanggan dengan baik.

2. *Reliability* (kehandalan)

Suatu instansi kesehatan melakukan pelayanan sesuai dengan yang dijanjikan, yakni harus dengan segera, akurat, dan memuaskan.

3. *Responsiveness* (daya tanggap)

Suatu instansi kesehatan harus membantu dan memberikan pelayanan dengan tanggap tanpa membedakan unsur SARA (Suku, Agama, Ras dan Antargolongan).

4. *Assurance* (jaminan)

Suatu instansi kesehatan harus memberikan jaminan atas keamanan, keselamatan, dan kenyamanan yang didukung dengan pengetahuan, kesopanan, sifat dapat dipercaya, dan pelanggan terbebas dari risiko.

5. *Empathy* (empati)

Dalam memberikan pelayanan, petugas harus senantiasa memberikan rasa peduli dan perhatian pada pelanggan, memahami kebutuhan pasien, dan memberikan kemudahan saat dihubungi.

Kelima hal tersebut adalah sejumlah dimensi berkaitan dengan suatu penyedia layanan kesehatan dapat disebut bermutu dan berkualitas. Kelimanya haruslah dipenuhi demi memberikan pelayanan kesehatan yang maksimal dan tentunya memuaskan pasien.

Namun demikian, dalam pelayanan kesehatan ada hal yang jauh lebih penting bagi pasien dibandingkan sejumlah elemen tersebut, yakni kesembuhan. Dalam perawatan dan pelayanan kesehatan, hal yang menjadi tuntutan utama dari pasien adalah tuntutan agar dirinya terbebas dari segala macam penderitaan penyakit. Maka, tak jarang kelima hal di atas dinilai kurang penting atau kurang dituntut pasien jika telah mendapatkan kesembuhannya. Jika tidak sembuh (misalnya terjadi kematian dan sebagainya), hal yang paling diharapkan dari keluarga pasien adalah pelayanan yang maksimal berupa pelayanan yang ramah, komunikasi yang baik, dan sebagainya.

Cahyono (2008) menyebutkan dua parameter yang dipegang dalam pengukuran sebuah mutu pelayanan, yakni parameter subjektif dan objektif. Secara subjektif, ukuran keberhasilan dinilai melalui rasa puas pasien dan keluarganya. Sementara itu, secara objektif, ukuran keberhasilan dinilai melalui proses perbaikan klinis penyakit dan tidak terjadinya kesalahan dalam proses asuhan medis. Keduanya penting dan tidak dapat dipisahkan. Menurut *Institut of Medicine* (IOM), keselamatan pasien adalah langkah kritis pertama untuk memperbaiki kualitas pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien menjadi syarat utama dalam proses pelayanan. Maka, sebisa mungkin, cedera medis yang terjadi karena kesalahan dan perawatan medis yang mencerminkan ketidakberesan mutu pelayanan kesehatan harus dicegah. Untuk itu, KTD dan cedera medis lainnya harus dicegah dengan berbagai macam program keselamatan pasien.

Menurut IOM (dalam Cahyono, 2008), ada enam tujuan yang harus dicapai kaitannya dengan mutu pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman bagi pelanggan (pasien) saling berkaitan dan tidak dapat dipisah-pisahkan. Untuk itulah, IOM menetapkan enam tujuan tersebut, antara lain keselamatan pasien (*safety*), efisiensi (*efficient*), efektif (*effective*), tepat waktu (*timeliness*), berorientasi pada pasien (*patient centered*) dan keadilan (*equity*).

### **1. Safety (Keselamatan Pasien)**

Keselamatan pasien merupakan bagian dari mutu. Keselamatan pasien merupakan hal utama yang menjadi prioritas dan harapan setiap pasien saat berobat di suatu penyedia layanan kesehatan. IOM mendefinisikan keselamatan pasien sebagai layanan yang tidak mencederai dan tidak merugikan pasien. IOM menjelaskan bahwa mutu pelayanan kesehatan adalah suatu langkah ke arah peningkatan pelayanan kesehatan baik untuk individu maupun untuk populasi sesuai dengan keluaran (*outcome*) kesehatan yang diharapkan untuk pengetahuan profesional terkini (Stefani, 2014).

Jika terjadi kesalahan medis tetapi tidak mencederai pasien dan tidak merugikan pasien, maka kemungkinan hal ini dapat ditolerir. Namun, bukan berarti kesalahan ini lantas dibiarkan. Akan tetapi, kewajiban pelaporan tetap harus dilakukan demi mencegah dan mengantisipasi terulangnya kesalahan tersebut di kemudian hari. Kesalahan tersebut misalnya berasal dari kesalahan petugas, kegagalan alat, serta berbagai faktor lainnya seperti lingkungan yang tidak aman. Maka dari itu, agar tidak kembali terjadi kesalahan, sistem harus dibuat sedemikian rupa agar petugas tidak membuat kesalahan yang sama.

## **2. *Efficient* (Efisiensi)**

Efisiensi dalam dunia kesehatan berarti menghindari segala macam pemborosan dalam penyediaan alat, mengurangi lamanya masa inap pasien, mengurangi terlalu banyak pemeriksaan diagnostic, dan tidak melakukan terapi-terapi yang tidak perlu atau tidak dibutuhkan pasien. Misalnya pada pasien yang terjangkit demam berdarah. Pada kondisi tertentu, tidak semua pasien dengan DBD harus dirawat inap. Kasus-kasus tersebut harus diseleksi terlebih dahulu berdasarkan kriteria klinisnya, apakah memerlukan rawat inap atau tidak.

Praktik efisiensi ini mungkin akan ditemukan pada pasien dalam bentuk variasi pelayanan rumah sakit. Misalnya, perbedaan biaya, obat maupun jasa medis yang dibebankan pada pasien. Hal ini wajar dilakukan rumah sakit sebagaimana kebijakan dan prosedur yang dianut oleh masing-masing rumah sakit. Contoh lain dari efisiensi dalam bidang kesehatan adalah efisiensi dalam hal penggunaan tenaga atau SDM rumah sakit dan efisiensi lamanya masa rawat inap bagi pasien.

## **3. *Effective* (Efektif)**

Efektif diartikan sebagai suatu pekerjaan yang benar. Teknisnya dalam dunia klinis, definisi efektif diidentikkan dengan standar yang telah ditentukan atau standar terkini. Maka, setiap petugas kesehatan dapat dikatakan melakukan suatu tindakan yang efektif ketika mereka telah memenuhi standar yang telah ditentukan bersama. Standar tersebut tentunya telah ditentukan secara umum sesuai dengan profesi masing-masing.

Baik dokter, perawat, radiografer maupun petugas kesehatan lainnya pasti memiliki standar kerja, standar keselamatan pasien, dan prosedur keamanan masing-masing. Untuk itulah, pelayanan efektif dapat dilakukan demi memperoleh hasil terbaik. Jika telah efektif, maka otomatis pelayanan kesehatan yang diberikan akan menjadi lebih baik. Standar

merupakan batasan minimal sebuah prosedur yang harus dilakukan suatu pihak. Maka, untuk dapat memenuhi tujuan ini, pelayanan kesehatan efektif harus dilakukan sesuai dengan standar dan prosedur yang ditetapkan.

#### **4. *Timeliness* (Tepat Waktu)**

Kedisiplinan dan ketepatan waktu tentu disepakati dalam setiap penyediaan layanan, termasuk layanan kesehatan. Salah satu bentuk nyata dari kualitas dan mutu pelayanan kesehatan adalah ketepatan waktu. Hal ini pula yang seringkali membuat pasien tidak puas terhadap pelayanan di suatu rumah sakit. Ketepatan waktu juga hal yang sangat urgen dan diperhatikan oleh para pelanggan. Misalnya, waktu dalam pelayanan medis tertentu seperti mengantri obat, pelayanan yang bertele-tele, hasil laboratorium yang lama, antrian yang terlalu panjang dan memakan waktu yang sangat lama, dan lain sebagainya.

Bukan hanya membawa dampak berupa ketidakpuasan pasien terhadap layanan tetapi bisa membawa efek negatif lainnya yang mungkin lebih fatal. Misalnya, terlalu lama menunggu membuat pasien yang semula sakit bertambah sakit atau mengalami sesuatu yang tidak diinginkan. Maka, setiap pelayanan di rumah sakit dalam bidang tertentu (laboratorium, farmasi dan sebagainya) memiliki sejenis aspek ketepatan waktu di mana ada waktu minimal pelayanan yang harus dipenuhi. Jika telah terpenuhi dalam hal ketepatan waktu, mutu pelayanan dengan dimensi ini akan terpenuhi.

#### **5. *Patient Centeredness* (Berorientasi pada Pasien)**

Konsep ini menempatkan pasien pada tujuan atau orientasi utama sebuah layanan kesehatan. Meskipun konsep ini telah diusung lama, tetapi tampaknya belum begitu baik dipraktikkan, termasuk di Indonesia. Sebab, selama ini penyedia layanan kesehatan masih tampak menerapkan layanan *doctor centered* (berpusat pada dokter), berpusat pada rumah sakit dan berpusat pada penyakit yang diderita. Hal ini membuat harapan, keinginan maupun kecemasan pada pasien yang sering kali muncul seolah diabaikan dan dinilai tidak penting.

Berorientasi pada pasien artinya dokter dan seluruh petugas kesehatan perlu memahami bahwa yang seharusnya paling diperhatikan dalam suatu penyakit adalah penderita ataupun pasiennya. Sebab, seluruh penderitaan dan beban ditanggung oleh pasien. Apalagi, kesembuhan bukan hanya terletak pada proses pengobatan semata, tetapi didukung pula oleh semangat hidup dan dari kepercayaan pasien pada dokter. Maka sudah semestinya jika

mutu pelayanan kesehatan berorientasi pada pasien dan mengutamakan kepentingan pasien.

#### **6. Equity (Keadilan)**

Tujuan terakhir untuk menjaga mutu pelayanan pada pasien adalah prinsip keadilan dan kesetaraan. Hal ini berarti, mutu pelayanan kesehatan juga dapat dilihat dari sejauh mana petugas kesehatan, dokter, perawat, dan seluruh elemen di rumah sakit memperlakukan sama dan memberikan pelayanan yang sama bagi kasus yang sama. Artinya, pelayanan rumah sakit atau penyedia layanan kesehatan akan dinilai bermutu jika memperlakukan kelas pasien secara sama.

Perbedaan perlakuan kelas dengan alasan perbedaan umur, agama, letak tinggal, pendapatan dan sebagainya adalah alasan yang tidak bisa diterima. Alasan ini tidak relevan dan melanggar prinsip keadilan. Bahkan, Martin Luther King (pejuang HAM bagi negro di Amerika) mengatakan bahwa semua bentuk pembedaan dan ketidakadilan dalam perawatan kesehatan adalah sesuatu yang paling tidak diterima dan tidak manusiawi.

### **C. KEBERSIHAN (*HIGIENI*) SEBAGAI BAGIAN PROGRAM *PATIENT SAFETY***

Bagi dunia kesehatan, kebersihan merupakan hal yang amat menjadi prioritas. Tidak higienisnya peralatan rumah sakit dan lingkungan rumah sakit bisa menimbulkan masalah besar berupa infeksi. Belum lagi jika infeksi tersebut menular dari pasien satu ke pasien yang lain. Maka, sudah selayaknya penyedia layanan kesehatan termasuk rumah sakit memberikan perhatian khusus pada penatalaksanaan higienis. Misalnya ada petugas khusus yang menangani perkembangan mikroorganisme di rumah sakit, bagaimana tersebarnya mikroorganisme tersebut dan bagaimana cara memusnahkannya. Kebersihan dan higienis rumah sakit juga menjadi bagian dari mutu pelayanan pasien dan tentunya menjadi bagian dari program *patient safety*. Jika tidak higienis, infeksi nosokomial bisa terjadi.

Menurut Stevens dkk (2012), sejumlah hal yang harus diperhatikan berkenaan dengan penanganan higienis rumah sakit diantaranya adalah prosedur pembuatan dan penyimpanan makanan, pembersihan peralatan yang dipakai (bisa pembersihan, disinfeksi maupun sterilisasi), pembersihan lingkungan rumah sakit (ruangan, lantai, kamar mandi, perabotan dan sebagainya) dan kebersihan diri seluruh petugas di rumah sakit maupun layanan kesehatan tersebut.

Pada pengolahan dan penyimpanan makanan misalnya, harus dilakukan di dapur yang bersih dan sehat. Hal ini bertujuan untuk mencegah perkembangan mikroorganisme. Pembersihan peralatan yang digunakan rumah sakit pun harus disesuaikan dengan kebutuhan. Jika hanya perlu dibersihkan, maka cukup dicuci. Namun, jika harus disterilkan (dibunuh mikroorganismenya) maka perlu penanganan yang tepat berkaitan dengan konsentrasi zat kimia. Untuk pembersihan ruangan, seluruh petugas kebersihan semestinya mengetahui bahwa pembersihan ruang operasi berbeda dengan ruang tunggu. Sementara itu, petugas kesehatan juga harus higienis sebab mereka bisa saja menjadi sumber penularan ataupun perantara pemindahan penularan penyakit.

Kebersihan rumah sakit menjadi hal utama dan harus menjadi prioritas rumah sakit maupun penyedia layanan kesehatan. Sementara itu, karyawan khusus yang menangani perkembangan dan pertumbuhan mikroorganisme di rumah sakit juga harus terus bersiaga. Sebab, bisa jadi di kemudian hari suatu mikroorganisme semakin kebal atau tidak peka pada bahan kimia tertentu. Maka, petugas inilah yang harus bertindak untuk terus mengadakan penyelidikan, pemindahan dan penanggulangan mikroorganisme tersebut agar lingkungan jauh dari mikroorganisme yang menimbulkan infeksi.

Seluruh petugas medis, khususnya yang terlibat dengan penanganan pasien hendaknya menjaga kebersihan (*hygiene*) pribadi. Hal tersebut demi keamanan dan terhindar dari infeksi. Sebab, mikroorganisme mempunyai tempat utama sebagai tempat bersarang sebagai tempat ideal bagi tubuh kita. Lokasi tersebut diantaranya adalah lubang hidung, daerah sekitar anus, alat kelamin, tangan (terutama di kuku) dan di rambut. Untuk itulah, menjaga kebersihan diri juga sangat penting dilakukan sebagai salah satu program *patient safety*, yakni menghindarkan orang lain tertular infeksi.

Sejumlah tindakan *hygiene* pribadi yang dapat dilakukan perawat diantaranya adalah mencuci tangan usai membuang ingus, mencuci tangan dengan air dan sabun usai ke toilet, rutin mandi setiap hari, menggunting kuku hingga pendek dan bersih, teratur mencuci rambut, mencuci tangan sebelum dan setelah melakukan kontak dengan pasien, tidak mengenakan aksesoris seperti gelang, cincin, ataupun jam tangan saat bekerja, dan teratur mengganti baju. Serangkaian *hygiene* pribadi ini wajib dilakukan oleh setiap petugas kesehatan sebagai bagian dari keberhasilan program *patient safety*.

Sementara itu, menurut Stevens dkk (2012), sejumlah penatalaksanaan umum untuk mencegah adanya penularan infeksi dan penyakit demi *patient safety* diantaranya adalah



menghindarkan angin (angin membuat debu bertebaran dan menyebarkan mikroorganisme), teratur membersihkan ventilasi udara dari debu, memberantas dan menghindarkan binatang dari dapur, penggantian teratur tutup makanan dan teh, pembuatan dan penyimpanan makanan yang higienis, melakukan teknik pencucian tangan yang baik dan benar, mengganti dan membersihkan peralatan di ruangan dan menggunakan alat pel, ember dan peralatan kebersihan yang higienis.

Dalam penatalaksanaan khusus, petugas medis perlu melakukan tindakan yang higienis dalam sejumlah tindakan yakni penatalaksanaan kain perban, perawatan luka, kontrol terhadap pengeluaran pasien (ludah, muntah, urin, feses, darah), pemakaian sejumlah alat medis sekali pakai (disposibel), pemakaian zat-zat untuk membunuh kuman (disinfektan), penggunaan sarung tangan dan masker mulut, melakukan disinfeksi pada peralatan dan instrumen dan melakukan pembasmian binatang-binatang di sekitar lingkungan manusia. Sementara penatalaksanaan sangat khusus harus dilakukan dalam perawatan isolasi, sterilisasi instrumen dan pemakaian teknik khusus seperti pasang kateter, pencucian kandung kemih, pemasangan zat asam dan injeksi.

Lingkungan rumah sakit merupakan area yang semestinya terjaga dari kuman. Untuk itulah, keadaan kotor, tidak higienis atau bahkan kumuh semestinya dijauhkan. Untuk mewujudkannya, sejumlah prosedur harus diterapkan di rumah sakit oleh tim Kesehatan Lingkungan rumah sakit. Tim tersebut bertujuan untuk senantiasa menjaga lingkungan rumah sakit tetap sehat, aman dan nyaman serta jauh dari kesan kotor dan kumuh.

Tim kesehatan lingkungan rumah sakit tentu menemui sejumlah hambatan yang tidak mudah. Sebab, rumah sakit bukan hanya dihuni oleh komponen rumah sakit dan staf atau petugas medis saja. Namun, rumah sakit juga merupakan tempat perawatan pasien serta kunjungan seluruh keluarga pasien. Hal inilah yang menjadi tantangan bagi tim kesehatan lingkungan rumah sakit. Misalnya, pengunjung membuang sampah atau meludah sembarangan. Hal ini menjadi tanggung jawab pihak rumah sakit untuk mengingatkan bahwa kebersihan rumah sakit harus selalu terjaga.

Begitu pula dengan keluarga pasien yang biasanya ikut bermalam di rumah sakit menemani keluarganya yang sakit. Penggunaan kamar mandi dan toilet serta berbagai sarana rumah sakit harus ditata sedemikian rupa agar lingkungan yang bersih dan sehat tetap terwujud. Jika perlu, peraturan pemakaian disertakan dalam setiap fasilitas yang disediakan di rumah sakit. Biasanya, kebijakan tersebut akan diterapkan setelah Tim Kesehatan Lingkungan melakukan survei atau inspeksi langsung ke lokasi rawat inap, bangsal ataupun sejumlah ruangan.

Larangan menggantung atau menjemur baju secara sembarangan misalnya, juga harus diterapkan. Sebab, tindakan tersebut dapat membuat nyamuk bersarang, bakteri berkembang biak dan membuat lingkungan rumah sakit tidak kondusif untuk perawatan kesehatan. Tentunya membuat rumah sakit identik dengan kesan kotor dan kumuh. Untuk itulah, sejumlah prosedur dan aturan perlu diterapkan di rumah sakit untuk menjaga lingkungan rumah sakit tetap higienis dan sehat.

# **BAB X**

## **PERAN PERAWAT DALAM MANAJEMEN *PATIENT SAFETY***

### **A. PENTINGNYA PROFESI PERAWAT DALAM MANAJEMEN *PATIENT SAFETY***

Perawat merupakan salah satu profesi penting dalam sebuah lembaga atau instansi penyedia layanan kesehatan. Tugas perawat pun dapat dikatakan berat. Sebab, perawat dapat disebut sebagai petugas medis yang paling sering berada di rumah sakit. Bahkan, perawat juga merupakan posisi di dunia kesehatan yang paling sering dan kerap bergaul dengan pasien dan keluarga pasien. Maka, dapat dikatakan peran perawat sangatlah signifikan, begitu juga dalam program keselamatan pasien.

Demikian juga bagi perawat, profesionalitas kerja harus dijaga. Profesionalitas tenaga kesehatan harus ditunjukkan dari perilaku tenaga kesehatan saat memberikan pelayanan kesehatan. Salah satunya termasuk dalam program *patient safety*. Berdasarkan standar pelayanan kesehatan, petugas kesehatan haruslah mandiri, bertanggung jawab dan bertanggung gugat, serta mengembangkan kemampuan sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Ciri profesionalitas tenaga kesehatan tersebut harus tetap dipelihara dan ditingkatkan dalam rangka mempertahankan standar mutu yang tinggi.

Perawat sebagai salah satu komponen utama pemberi layanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran penting karena terkait langsung dengan pemberi asuhan keperawatan kepada pasien sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya. Perawat sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan yang ada di lapangan sangat menentukan dalam upaya pencegahan dan memutus rantai transmisi infeksi dalam rangka memenuhi kebutuhan *patient safety* (Murdyastuti, 2010).

Dalam hasil penelitian tersebut, diketahui bahwa profesionalitas kerja perawat dalam program keselamatan pasien sangat dipengaruhi oleh adanya persepsi perawat. Artinya, bagaimana sikap perawat terhadap pekerjaan, pelayanan, kualitas, sikap dan penerapan *patient safety*. Jika perawat memiliki persepsi yang tepat mengenai program dan konsep *patient safety*, maka tindakan yang diambil juga dipastikan bertujuan dengan memberikan pelayanan secara aman, bertanggung jawab dan lain sebagainya dengan penuh suka hati. Sebaliknya jika perawat mempunyai anggapan yang salah tentang *patients safety*, maka tindakan yang diambil dapat menyimpang dan

menghambat pelaksanaan program *patients safety* rumah sakit. Dengan demikian, diyakini bahwa persepsi memberikan kontribusi dalam pelaksanaan program *patients safety*.

Faktor persepsi tentang profesionalitas dalam penelitian ini terbukti mampu memberikan kontribusi yang signifikan dalam mempengaruhi pelaksanaan program *patients safety*, yaitu sebesar 0,1%. Hal ini berarti aspek persepsi yang meliputi tanggung jawab perawat terhadap diri-sendiri, profesi, pasien dan masyarakat mampu membentuk perilaku kerja yang positif dan mempunyai kontribusi dalam meningkatkan pelaksanaan program *patients safety* (Murdiyastuti, 2010).

Semakin tinggi pengetahuan perawat tentang program *patients safety*, semakin tinggi pula perawat dalam memahami pentingnya pelaksanaan program *patients safety* yang diberikan kepada pasien. Lalu, selanjutnya akan terwujud pelaksanaan tindakan program *patients safety*. Maka pengetahuan tentang *patient safety* tentu sangat berpengaruh terhadap peningkatan pelaksanaan program *patient safety*.

Hal yang bisa digarisbawahi di sini adalah perawat sebagai salah satu elemen penting di rumah sakit juga semestinya diberi kebijakan berupa pengembangan diri, pelatihan, pendidikan dan sejenisnya untuk mengembangkan pengetahuannya. Begitu pula dengan motivasi yang dimiliki perawat. Motivasi tersebut sangat mempengaruhi tingkat pelaksanaan program *patient safety*. Maka, motivasi dan dukungan rumah sakit terhadap profesi perawat juga harus ditingkatkan mengingat signifikansi peran perawat dalam perawatan pasien.

Perawat juga memiliki peran yang signifikan dalam program keselamatan pasien di rumah sakit. Sebagai salah satu komponen rumah sakit yang paling sering berhubungan dengan pasien, perawat memiliki tanggung jawab yang sangat besar berkenaan dengan *patient safety*. Kompetensi klinis dan kemampuan perawat juga harus didukung dengan sejumlah hal. Pemahaman khusus tentang isu pengendalian dan pencegahan infeksi pada pasien juga harus dikuasai perawat. Perawat diharuskan memiliki kepekaan dalam menangani pasien-pasien dengan risiko infeksi.

Perawat harus benar-benar memahami dan menyadari faktor-faktor penyebab risiko infeksi seperti faktor kebersihan yang kurang, gizi yang kurang, atau melemahnya sistem kekebalan tubuh pasien. Penggantian balutan luka setelah operasi, edukasi kesehatan pada pasien dan keluarga pasien, serta berbagai tugas perawat lainnya harus dilakukan sesteril mungkin agar pasien terhindar dari infeksi nosokomial.

Demi tercapainya program *patient safety* yang maksimal, diperlukan sejumlah hal demi peningkatan profesionalitas perawat dalam program keselamatan pasien. Misalnya faktor lingkungan dan beban kerja yang memang disesuaikan dengan kinerja yang dilakukan perawat. Jangan sampai beban kerja ganda dengan imbalan yang tak seberapa dialami oleh perawat. Sebab, selain perannya yang sangat signifikan dalam proses pengobatan pasien, perawat juga merupakan petugas kesehatan pertama yang sangat berpotensi dan rawan terinfeksi penyakit dari pasien.

Budaya *patient safety* bagi perawat juga harus diterapkan. Caranya adalah dengan menerapkan kebijakan-kebijakan yang telah dipaparkan di atas bagi perawat. Misalnya kewajiban pelaporan insiden keselamatan pasien. Perawat sebagai salah satu pihak yang paling sering bersinggungan langsung dengan pasien pastinya memiliki banyak hal yang dapat dilihat. Risiko-risiko terjadinya insiden yang tidak diketahui oleh komponen lain bisa saja dilihat oleh perawat. Hal ini yang dapat digarisbawahi bahwa perawat memiliki peran signifikan dalam program keselamatan pasien.

Demi keselamatan pasien pula, perawat diharapkan jujur saat melakukan kesalahan baik secara individu maupun kelompok saat melakukan pelayanan medis pada pasien. Misalnya, saat terjadi KTD/KNC perawat diharapkan untuk jujur tentang apa yang telah terjadi sehingga dapat terjadi insiden medis tersebut. Jika secara keseluruhan program telah dilaksanakan, maka tentunya peran perawat akan beriringan dengan tujuan utama pelayanan kesehatan. Tujuan utama layanan kesehatan adalah mewujudkan sistem pelayanan kesehatan yang mengedepankan keselamatan pasien. Di samping itu, tujuan akhir dari perawatan di rumah sakit tentunya untuk mewujudkan masyarakat yang sehat.

Masyarakat yang sehat tentu merupakan kunci dari pembangunan bangsa. Sebab, kesehatan merupakan kunci dari produktivitas manusia. Jika masyarakat sehat, maka keadaan tersebut adalah titik kritis untuk menuju perbaikan aspek-aspek lain. Perbaikan yang dapat diusahakan dari masyarakat yang sehat adalah pengurangan kemiskinan, pertumbuhan ekonomi, dan perbaikan lainnya. Apalagi, keberhasilan suatu negara terletak pada *human capital*. Kesehatan adalah salah satu faktor utama penentu kualitas sumber daya manusia (Gani, 2011). Seluruh petugas kesehatan tentu wajib berperan dalam peningkatan *patient safety* tentunya dengan melaksanakan rangkaian dan tahapan program keselamatan pasien.

## 1. Perawat dalam Pencegahan dan Penularan Infeksi di Rumah Sakit

Perawat memegang peranan penting dalam proses pelayanan kesehatan. Selain memiliki andil dalam proses perawatan, perawat juga memiliki sejumlah posisi dalam proses pencegahan infeksi yang terjadi di rumah sakit. Kedekatan dan intensitas perawat-pasien membuat perawat berperan menjadi ujung tombak upaya pencegahan infeksi nosokomial di rumah sakit. Infeksi nosokomial adalah masuknya kuman penyakit yang timbul saat pasien dirawat di rumah sakit. Infeksi-infeksi inilah yang semestinya dicegah demi terjaganya keselamatan pasien khususnya saat masih dalam asuhan rumah sakit.

Menurut James dkk (2008), infeksi terjadi jika mikroorganisme bertumbuh dan mengalahkan mekanisme pertahanan tubuh. Jika mikroorganisme ini merusak tubuh maka disebut dengan patogen. Suatu patogen harus berkembang biak untuk akhirnya dapat menimbulkan infeksi. Sejumlah mikroorganisme yang menyebabkan infeksi dapat memproduksi toksin. Toksin inilah yang dapat menyebabkan kerusakan tubuh yang jauh dari lokasi infeksi awal. Sebab, toksin ini dapat menyebar. Misalnya toksin tetanus yang menyebabkan paralisis spastik, umumnya memasuki tubuh melalui luka tusuk.

Ironisnya, infeksi yang terjadi di rumah sakit justru lebih tinggi dibandingkan dengan kecelakaan lalu lintas. James dkk (2008) menjelaskan bahwa infeksi nosokomial, atau yang sering disebut *hospital acquired infections* (HAI), yang didapatkan oleh pasien di rumah sakit sangat tinggi. Infeksi nosokomial (dari bahasa Latin *nosokomium* berarti rumah sakit) juga memakan biaya yang sangat besar untuk perawatan rawat inap yang jauh lebih lama. Hal inilah yang menjadi tugas berat petugas kesehatan, khususnya perawat dalam mencegah terjadinya infeksi demi meningkatkan keselamatan pasien.

Metode yang digunakan untuk mencegah terjadinya infeksi nosokomial adalah teknik aseptik. Teknik ini digunakan pada setiap prosedur dan peralatan invasif seperti kateter urin. Prosedur ini harus dilakukan pada tempatnya untuk meminimalisir risiko infeksi. Jika telah melakukan prosedur teknik aseptik ini, diperkirakan 30% dari infeksi nosokomial dapat dicegah. Perawat diharuskan menjalankan seluruh teknik aseptik ini demi mencegah terjadinya infeksi nosokomial yang menimbulkan banyak kerugian bagi pasien maupun bagi rumah sakit.

Perawat juga harus mengetahui bagaimana jalan masuk infeksi pada pasien. Hal ini demi memberi pengetahuan bagi perawat untuk mengetahui solusi dan penanganan saat

atau sebelum terjadinya infeksi nosokomial. Infeksi, menurut James (2008) dapat terjadi jika mikroorganisme menyebar dari suatu reservoir infeksi ke tubuh yang rentan. Reservoir infeksi adalah tempat mikroorganisme dapat bertahan hidup dan berkembang biak. Reservoir ini juga dapat berupa pasien itu sendiri (infeksi pada diri sendiri, atau dari pasien lain, pengunjung atau staf rumah sakit). Kejadian infeksi ini disebut dengan infeksi silang. Jalan masuk infeksi, diantaranya adalah terdapat dalam tabel sebagai berikut :

<b>Jalan Masuk Infeksi (Transmisi)</b>	<b>Contoh</b>
Kontak	Tangan, peralatan, pakaian yang terkontaminasi
Aerosol	Inhalasi debu, kulit yang terkelupas di udara, droplet air dari alat nebuliser atau pelembab udara
Darah	Inokulasi secara tidak sengaja, dari ibu ke bayi (prenatal) dan aktivitas seksual
Makanan atau air	Tertelannya virus dan bakteri atau toksinnya dari makanan atau air
Serangga	Kecoa pembawa patogen dapat mengontaminasi barang yang steril ataupun makanan

**Tabel 8.** Jalan Masuk Infeksi (Sumber: James dkk, 2008)

Infeksi tersebut dapat berasal dari diri sendiri jika jaringan terinfeksi akibat infeksi dari lokasi yang berbeda pada tubuh pasien. Misalnya saluran pernafasan atas, saluran pencernaan, dan kulit. Sementara infeksi silang terjadi dari orang yang menderita infeksi atau karier yang tidak bergejala dari suatu reservoir infeksi.

Wahid (2012) mengemukakan bahwa perawat memiliki peranan penting dalam meminimalkan terjadinya infeksi dan penyebaran infeksi dengan cara melaksanakan tindakan aseptik. Aseptik adalah keadaan di mana tidak adanya patogen penyebab terjadinya suatu penyakit. Teknik aseptik dilakukan untuk menjaga pasien terbebas dari mikroorganisme. Wahid (2012) menjelaskan ada dua teknik aseptik yang dapat dilakukan perawat. *Pertama*, teknik *medical asepsis* atau teknik bersih. Teknik ini meliputi prosedur pencegahan atau menurunkan jumlah mikroorganisme, cuci tangan, dan mengganti linen. Pada teknik ini, suatu area dikatakan terkontaminasi jika diwaspadai terdapat patogen. Misalnya *bedpan* yang telah dipakai, lantai dan kasa yang basah.

*Kedua*, teknik *surgical asepsis* (teknik steril). Jika teknik pertama hanya menurunkan atau mencegah perkembangan mikroorganisme, teknik kedua bertujuan untuk benar-benar meniadakan mikroorganisme. Tindakan yang masuk pada teknik ini disebut dengan sterilisasi. Pada teknik sterilisasi, suatu benda dikatakan tidak steril setelah tersentuh benda yang tidak steril. Misalnya sarung tangan bagian luar tersentuh tangan, alat steril tersentuh tangan dan sebagainya.

## **2. Pencegahan Infeksi Nosokomial Oleh Perawat**

Peran penting perawat adalah mengetahui prosedur dan praktik yang paling mungkin menimbulkan infeksi nosokomial. Misalnya saja teknik-teknik invasif, jalur tindakan (*line manipulation*) serta menyadari faktor-faktor lain yang dapat meningkatkan risiko infeksi. Misalnya saja kebersihan yang kurang, status gizi yang kurang atau daya tubuh pasien yang rendah. Faktor pencegahan terpenting adalah memastikan dilaksanakannya prosedur pengontrolan infeksi yang dilaksanakan di setiap rumah sakit. Perawatan terpisah merupakan usaha pencegahan infeksi dengan isolasi atau mencegah infeksi dari pasien yang terinfeksi (isolasi sumber).

Terdapat sejumlah tindakan higienis yang dapat dilakukan oleh perawat dalam prosedur perawatan yang berisiko menyebabkan infeksi, antara lain (1) mencuci tangan, (2) perawatan kateter vena sentral, (3) perawatan kateter uretra jangka pendek pada perawatan akut, (4) mencuci dan disinfeksi, serta (5) sterilisasi.

*Pertama* adalah mencuci tangan. Mencuci tangan adalah rutinitas yang murah dan mudah dilakukan tapi sangat penting dilakukan untuk pengontrolan infeksi. Cuci tangan merupakan metode terbaik untuk mencegah transmisi mikroorganisme. Cuci tangan telah terbukti menjadi salah satu tindakan efektif untuk pencegahan dan pengendalian infeksi. Tindakan cuci tangan juga secara signifikan dapat menurunkan infeksi pada ICU dan saluran pencernaan.

Perawat juga harus mengetahui bahwa kulit yang rusak pada tangan juga mengandung patogen yang dapat menyebabkan infeksi nosokomial. Untuk itu, perawat harus mengetahui sejumlah faktor penting dalam menjaga kulit tetap higienis menurut James (2008) yakni: lamanya waktu cuci tangan (durasi), paparan area cuci tangan dan pergelangan tangan ke alat yang digunakan, menggosok dengan keras, pembilasan yang menyeluruh dan memastikan tangan kembali dikeringkan.



Sementara itu, dalam Wahid (2012), cuci tangan tergantung pada faktor-faktor yaitu intensitas atau frekuensi kontak dengan klien atau bahan yang terkontaminasi, serta tingkat atau jumlah kontaminasi yang terjadi dan ketahanan klien dan tim kesehatan (perawat, dokter dan sebagainya) terhadap infeksi. Pelaksanaan cuci tangan juga dilakukan selama 10-15 detik. Perawat juga diharuskan mencuci tangan di sejumlah kondisi diantaranya antara lain:

- a. Awal mulai shift (bertugas).
- b. Sebelum dan sesudah kontak dengan pasien .
- c. Sebelum melakukan tindakan atau prosedur *invasive*.
- d. Sebelum dan sesudah melakukan perawatan luka .
- e. Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien, meskipun sudah menggunakan sarung tangan.
- f. Setelah selesai shift, sebelum pulang,

Sejumlah penelitian membuktikan bahwa sejumlah bakteri akan mati saat kita mencuci tangan menggunakan air dan sabun. Namun, bakteri residen akan tetap tinggal. Bakteri residen ini dapat hilang dengan menggunakan bakterisida. Perawat perlu memberikan pengarahan pada pasien untuk mencuci tangan sampai benar-benar bersih, terutama di sela-sela jari tangan. Sebab, sela-sela jari tangan itulah tempat yang sering digunakan sebagai tempat tinggal bakteri residen. Apalagi, sela-sela jari adalah area yang kerap terlupakan atau terlewat saat mencuci tangan. Selain menerapkannya sendiri sebelum dan sesudah tindakan medis, perawat juga harus memberikan edukasi pada pasien demi pencegahan penularan infeksi.

Selain membudayakan cuci tangan, perawat juga harus memperhatikan sejumlah tindakan pada pasien demi pencegahan infeksi. Tindakan yang dapat menurunkan risiko infeksi tersebut adalah merapikan dan membersihkan ranjang pasien, khususnya sebelum membalut luka. Sebab, tindakan merapikan dan membersihkan ranjang tersebut dapat membuat mikroorganisme di udara beterbangan. Perawat juga semestinya mengetahui bahwa tindakan membalut luka adalah langkah terakhir usai sterilisasi seluruh lingkungan pasien.

**Kedua**, selain cuci tangan dan sterilisasi lingkungan pasien, tindakan higienis yang dapat dilakukan oleh perawat dalam prosedur medis adalah perawatan kateter vena sentral.

Dalam James (2008), kateter vena sentral (*central venous catheter/ CVC*) dapat diimplantasikan melalui pembedahan yang membutuhkan terapi intravena jangka panjang atau dapat pula diinversi pada perifer untuk jangka pendek. Namun, begitu banyak kasus infeksi yang timbul akibat sirkulasi darah karena kateter.

Infeksi yang disebabkan pemasangan kateter tersebut merupakan infeksi yang menyebabkan komplikasi berbahaya bagi pasien. Mikroorganisme penyebab yang tersering infeksi ini adalah *Staphylococcus epidermis*. Infeksi ini dapat tersebar melalui tangan-tangan petugas medis saat perawatan. Infeksi ini juga dapat terjadi saat mikroorganisme kulit yang mengontaminasi kateter saat pemasangan. Hal yang penting dilakukan oleh perawat adalah melakukan tindakan penghalang steril secara maksimal saat memasang kateter vena sentral.

Sejumlah hal yang penting diperhatikan terkait pemasangan kateter vena sentral dari petugas medis diantaranya adalah : memilih kateter yang tepat untuk pasien (kateter lubang tunggal yang diberi zat antimikroba), tempat insersi terbaik (misal daerah *subklavia/* bahu lebih disarankan daripada daerah *jugular* (leher) atau *femoral* (paha), menggunakan teknik aseptik saat pemasangan kateter dan lain sebagainya.

Perawat juga harus memperhatikan tindakan berupa persiapan insersi dengan tepat, yakni membersihkan lokasi kulit yang hendak diberi tindakan dengan alkohol klorheksidin glukonat dan dibiarkan sampai mengering sebelum insersi dilakukan. Tindakan lain yakni melakukan perawatan kateter dan sekitar daerah kateter dengan disinfeksi permukaan eksternal kateter dan bagian sambungan serta menutupnya dengan kasa steril atau balutan transparan.

**Ketiga**, tindakan higienis yang dapat dilakukan perawat adalah melakukan perawatan kateter uretra jangka pendek pada perawatan akut. Menurut James (2008), kateterisasi urin telah diketahui sebagai risiko utama infeksi nosokomial. Pada pasien dengan kateter urin, 20-30% pasien akan mengalami bakteriuria (bakteri di urin). Sekitar 2% dari pasien yang mengalami bakteriuria akan mengalami bakteremia dan sekitar 22% akan meninggal. Semakin lama penggunaan kateter, akan semakin meningkatkan risiko infeksi pada pasien. Maka, perawat memiliki peran yang sangat besar dan signifikan dalam tindakan perawatan kateter urin ini.

Sejumlah risiko infeksi kateter urin dapat diminimalisir dengan sejumlah cara diantaranya : hanya menggunakan kateter urin saat tidak ada prosedur alternatif lainnya, memilih kateter terkecil yang memungkinkan urin mengalir dengan baik, menggunakan peralatan yang steril dan teknik aseptik saat melakukan pemasangan dan menggunakan sistem steril tertutup dan mencegah aliran balik urin dari kantung urin dengan meletakkan kantung urin di bawah kandung kemih dan melakukan penjepitan (*clamping*) selang kantung jika pasien bergerak.

**Keempat**, tindakan berikutnya yang dapat dilakukan perawat dalam proses pencegahan serta penularan infeksi adalah mencuci dan disinfeksi. James (2008) menjelaskan bahwa mencuci adalah proses menghilangkan kotoran yang kelihatan, sementara disinfeksi adalah tindakan untuk membunuh atau mengurangi pertumbuhan mikroorganisme tergantung dari resistensi alami mikroorganisme. Disinfektan umumnya berbahaya bagi kulit. Untuk itu, dalam penggunaannya, manusia harus menggunakan pakaian pelindung. Sementara itu, antiseptik adalah agen antimikroba yang memiliki fungsi menurunkan pertumbuhan mikroorganisme pada jaringan hidup. Contoh antiseptik antara lain iodine dan hydrogen peroksida.

Dalam praktik kesehatan dan dunia medis, perawat harus benar-benar memahami bahwa kebersihan alat-alat sangatlah penting. Sebelum dipergunakan atau sesudah digunakan, alat-alat medis harus disterilisasi. Peralatan medis tersebut harus dibersihkan atau didisinfeksi sebelum digunakan dari pasien ke pasien lainnya. Secara umum, peralatan medis umumnya hanya perlu dibersihkan atau dicuci. Namun, sejumlah peralatan medis yang terkena kontak langsung berupa darah atau cairan tubuh pasien yang menderita infeksi, seperti infeksi *Staphylococcus aureus* resisten metisilin (MRSA), diare, maka peralatan medis tersebut harus didisinfeksi.

Perawat juga tidak boleh melupakan bahwa sebelum didisinfeksi, alat-alat medis tersebut harus terlebih dahulu dicuci. Konsentrasi dari bakterisida (disinfektan pembunuh bakteri) pun harus tepat. Selain itu, durasi waktu yang tepat (lamanya) perendaman dalam larutan disinfektan juga sangat mempengaruhi proses disinfeksi tersebut efektif. Untuk itulah, seorang perawat harus jeli dalam proses ini sebab jika tidak, maka justru akan menimbulkan infeksi baru yang kemungkinan berisiko terjadinya KTD.

Sejumlah contoh disinfektan yang paling efektif digunakan dalam proses disinfeksi alat medis diantaranya adalah senyawa aldehida, peroksida dan halogen. Namun, kesemua zat tersebut tidak selalu tepat digunakan setiap saat karena mengandung efek samping yang kuat. Semua zat tersebut adalah agen pengoksidasi kuat. Untuk itu, perlu ketepatan pemakaian dan konsentrasi dalam proses disinfeksi.

**Kelima**, tindakan yang dapat dilakukan perawat dalam proses pengendalian infeksi adalah sterilisasi. Dalam James (2008) disebutkan bahwa sterilisasi merupakan prosedur untuk membunuh semua organisme hidup termasuk endospora dan virus. Autoklaf (dapat dilakukan dengan alat masak bertekanan tinggi, presto), dapat digunakan untuk sterilisasi dengan menggunakan uap bertekanan tinggi. Prosedur ini sering digunakan untuk sterilisasi alat-alat usai tindakan bedah umum.

Temperatur tinggi yang dimaksud adalah ketika uap berada di tekanan tinggi seperti 121 derajat Celcius pada 108 kPa (15 psi) yang dapat membunuh mikroorganisme dalam jangka pendek. Produk steril seperti *syringe disposabel* (alat suntik sekali pakai) juga disterilisasi sebelum dikemas dengan menggunakan radiasi sinar gamma untuk menghancurkan mikroorganisme.

Sejumlah tindakan tersebut merupakan tugas-tugas yang dapat dilakukan oleh seorang perawat dalam upaya pencegahan dan pengendalian infeksi. Sejumlah tindakan di atas penting dilakukan mengingat infeksi yang terjadi di rumah sakit merupakan risiko tinggi yang patut diwaspadai. Apalagi, keselamatan pasien merupakan tanggung jawab seluruh elemen rumah sakit, khususnya saat masih berada dalam perawatan rumah sakit. Maka, peran perawat dalam upaya peningkatan keselamatan pasien dan pencegahan KTD ini sangat penting dilakukan.

### **3. Gejala dan Penanganan Infeksi Oleh Perawat**

Ada sejumlah pengetahuan yang harus diketahui perawat dalam sejumlah situasi. Salah satunya adalah mengetahui gejala-gejala pasien yang mengalami infeksi. Sebab, kendati pencegahan dan pengendalian infeksi telah dilakukan, infeksi bisa saja tetap terjadi. Menurut Stevens dkk (2012), badan pasien akan mengalami reaksi terhadap masuknya dan atau terjadi perbanyakan mikroorganisme. Suatu infeksi akan menimbulkan sejumlah gejala pada pasien. Diantara gejala infeksi antara lain :

- a. Lingkungan yang terinfeksi memerah;

- b. Peningkatan suhu, tempat yang terinfeksi menjadi lebih panas, bisa juga timbul demam yang tinggi;
- c. Pembengkakan dari tempat yang tertuju;
- d. Sakit;
- e. Terjadinya fungsi yang terganggu dari bidang yang terinfeksi, pasien merasakan dirinya sakit dan fungsi organ yang terinfeksi terganggu.

Sejumlah langkah pun dapat dilakukan oleh perawat saat pasien mengalami infeksi. Jika terjadi infeksi, maka perawat pun harus menangani sebab dan akibatnya. Sejumlah tindakan yang dapat dilakukan saat terjadi infeksi adalah menjaga agar jangan sampai pasien yang terinfeksi tertular oleh mikroorganisme lain. Sebab, jika seseorang terinfeksi kuman/ penyakit, maka daya tahan tubuh/ kekebalan tubuhnya terhadap mikroorganisme berkurang. Ini akan membuat tubuh pasien semakin lemah jika sampai tertular mikroorganisme lain.

Perawat juga seharusnya menjaga agar jangan sampai pasien yang sudah tertular tersebut menulari pasien lain. Dalam perawatan, kesehatan pasien tersebut harus benar-benar diperhatikan agar tidak menulari pasien lain maupun menulari perawat itu sendiri. Selain itu, perawat juga harus mewaspadai infeksi tersebut melalui perawatan luka yang baik, penggunaan obat-obatan yang tepat. Perawat harus memastikan agar infeksi yang dialami pasien tidak bertambah parah. Perawat juga harus memastikan keadaan makanan yang diterima, denyut jantung, kesadaran dan sebagainya.

## **B. KEBUTUHAN DASAR PASIEN YANG WAJIB DIKETAHUI PERAWAT**

Setiap perawat sudah seharusnya mengetahui dan memahami kebutuhan dasar pasien. Tanpa mengetahui kebutuhan ini, maka profesionalitas seorang perawat bisa jadi dipertanyakan. Sebab, konsep dasar ini merupakan landasan seorang perawat melaksanakan tugas-tugasnya dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien. Sejumlah ahli memaparkan kebutuhan dasar manusia sebagai makhluk hidup. Konsep kebutuhan dasar manusia tersebut wajib dikuasai agar perawat mengetahui sesungguhnya hakikat kebutuhan dasar manusia. Dengan demikian, perawat memahami apa saja kebutuhan pasien yang semestinya terpenuhi.

Kasiati (2016) menjelaskan berkenaan dengan teori tentang kebutuhan yang menyatakan bahwa setiap manusia memiliki lima kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan fisiologis, keamanan, cinta, harga diri dan aktualisasi diri. Manusia juga memiliki kebutuhan dasar yang bersifat heterogen.

Setiap orang pada dasarnya memiliki kebutuhan yang sama, akan tetapi karena budaya, maka kebutuhan tersebut pun ikut berubah dan menjadi berbeda antara manusia yang satu dengan lainnya. Dalam memenuhi kebutuhan, manusia tentu menyesuaikan diri dengan prioritas atau hal penting yang lebih urgen untuk dipenuhi.

Abraham Maslow (dalam Kasiati dkk, 2016) membagi kebutuhan dasar manusia dalam lima tingkat berikut ini.

1. Kebutuhan fisiologis.

Kebutuhan ini merupakan kebutuhan paling mendasar bagi manusia dan menjadi prioritas tertinggi dalam Teori Kebutuhan Maslow. Kebutuhan fisiologis merupakan hal yang harus dipenuhi oleh manusia untuk bertahan hidup. Kebutuhan fisiologis terdiri atas pemenuhan oksigen dan pertukaran gas, kebutuhan cairan (minum), nutrisi (makanan), eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, keseimbangan suhu tubuh dan kebutuhan seksual.

2. Kebutuhan rasa aman dan nyaman

Kebutuhan ini adalah kebutuhan kedua, di mana setiap manusia membutuhkan rasa aman dan nyaman dalam hidupnya. Kebutuhan rasa aman dan nyaman terbagi menjadi dua yakni perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman terhadap tubuh atau hidup seperti penyakit, kecelakaan, bahaya lingkungan dan sebagainya. Sementara itu, perlindungan psikologis merupakan perlindungan atas ancaman yang datang dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang saat pertama kali masuk sekolah, merasa terancam saat interaksi dengan orang asing.

3. Kebutuhan rasa cinta dan kasih sayang

Kebutuhan ini merupakan kebutuhan untuk memiliki dan dimiliki. Kebutuhan ini antara lain berupa aktivitas memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, persahabatan, mendapat tempat dalam keluarga, kelompok sosial dan lain sebagainya. Kebutuhan ini juga merupakan kebutuhan dasar manusia yang semestinya dipenuhi.

4. Kebutuhan harga diri

Kebutuhan selanjutnya adalah kebutuhan akan harga diri maupun perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan,

meraih prestasi, rasa percaya diri dan rasa kemerdekaan/ kebebasan pada dirinya. Rasa ingin diakui oleh orang lain juga termasuk kebutuhan harga diri pada manusia.

#### 5. Kebutuhan aktualisasi diri

Kebutuhan yang terakhir adalah kebutuhan yang tertinggi dalam hierarki Teori Kebutuhan Maslow. Kebutuhan ini berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain ataupun lingkungan serta mencapai potensi diri sepenuhnya.



**Gambar 4.** Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Menurut A. Maslow  
(Sumber : Kasiati dkk, 2016)

Dalam prosesnya, setiap kebutuhan tersebut harus dipenuhi. Jika tidak, maka tentu saja keseimbangan hidup manusia tersebut akan terganggu. Misalnya saja, saat seseorang membutuhkan oksigen sebagai kebutuhan fisiologisnya dan merupakan kebutuhan yang paling mendasar, maka seseorang akan terganggu kehidupannya. Maslow meletakkan lima kebutuhan tersebut dalam sejumlah tingkatan. Hal ini sekaligus menjelaskan tentang urutan prioritas kebutuhan manusia yang semestinya dipenuhi.

Perawat, adalah profesi yang bertugas untuk melakukan perawatan pada pasien (orang yang memiliki sejumlah gangguan/ kendala berupa penyakit dalam memenuhi kebutuhannya) yang membutuhkan bantuan agar kembali sehat. Bantuan ini dalam rangka membuat manusia (pasien) tersebut dapat kembali beraktivitas sebagaimana mestinya dan kembali dapat memenuhi kebutuhannya tersebut.

Sementara itu, Stevens dkk (2012) menjelaskan, Virginia Henderson menjabarkan kebutuhan manusia tersebut dalam sejumlah bidang perhatian. Virginia Henderson yang merupakan ahli

perawatan mengatakan bahwa secara prinsip perawat harus memperhatikan bidang-bidang perhatian sebagai salah satu titik awal pengujian proses keperawatan. Bidang perhatian adalah bidang yang setiap situasi keperawatan dapat dipakai untuk memeriksa kebutuhan-kebutuhan penggunaan ilmu keperawatan.

Dalam Kasiati dkk (2016), disebutkan bahwa kebutuhan dasar manusia harus terdiri dari 14 komponen diantaranya manusia harus dapat bernafas dengan baik dan normal, makan dan minum yang cukup, setiap hari rutin buang air besar dan buang air kecil (eliminasi), bisa bergerak dan mempertahankan postur badan yang diinginkan, bisa tidur dan istirahat dengan tenang, bisa memilih pakaian yang tepat, mempertahankan suhu tubuh kisaran normal, menjaga kebersihan dan perawatan diri, menghindari bahaya dari lingkungan, berkomunikasi, beribadah sesuai dengan kepercayaan dan agamanya, bekerja untuk kebutuhan hidup, memuaskan rasa ingin tahu dan kreativitas serta belajar.

Seluruh kebutuhan tersebut merupakan kebutuhan dasar manusia yang sudah semestinya dipenuhi. Namun, saat sakit, seorang manusia dalam hal ini pasien tentu tidak dapat melakukan sesuatu atau mengalami hambatan dalam memenuhi kebutuhannya. Untuk itulah, perawat ada dan bertugas untuk membantu pasien agar dapat kembali memenuhi kebutuhan dirinya dan memenuhi konsep dirinya sebagai manusia.

Kasiati dkk (2016), menyebutkan tentang tujuan proses perawatan yang tentunya di rumah sakit dilakukan oleh seorang perawat. Tujuan proses perawatan adalah untuk menghasilkan asuhan keperawatan yang berkualitas sehingga berbagai masalah kebutuhan dasar pasien di atas bisa terpenuhi. Tujuan khusus dari proses perawatan adalah sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi berbagai kebutuhan dasar manusia yang bersifat tidak mampu dilakukan, atau tidak diketahui bagaimana cara melakukannya.
2. Menentukan diagnosis keperawatan setelah dilakukan identifikasi.
3. Menentukan rencana tindakan keperawatan setelah diagnosis ditegakkan.
4. Melaksanakan tindakan keperawatan setelah direncanakan.
5. Mengetahui perkembangan pasien dari berbagai tindakan yang telah dilakukan untuk menentukan tingkat keberhasilan.



Salah satu contoh rencana standar keperawatan dalam kasus pasien dengan kelemahan fisik:

Bidang Perhatian		Masalah Keperawatan	Tujuan Keperawatan	Aktivitas	Evaluasi
a.	Pernafasan	Pasien sepanjang hari duduk dengan posisi yang sama, pasien mengalami penumpukan lendir dan pernapasan buruk.	Pasien bernafas dengan teratur dalam batuk dan mengeluarkan lendir teratur	- Pasien penghuni dirangsang setiap hari untuk bernafas dengan baik  - memberikan latihan pernafasan	Setiap hari
b.	Makan dan minum	Pasien sering duduk dalam posisi yang sama, dapat mengakibatkan pembentukan batu ginjal.	Pasien minum cukup	Pasien diberi minum ekstra	Setiap hari
c.	Eliminasi	- Pasien penghuni mengalami inkontinensia urin dan selalu basah. Ia merasa malu. Ada kemungkinan infeksi saluran kemih dan retensi kandung kemih.  - Pasien juga mengalami inkontinensia feses. Pasien khawatir akan mengganggu orang lain.  - Ada kemungkinan defekasi tidak teratur atau obstipasi.	- Pasien merasa inkontinensia urin tidak mengganggu org lain.  - Pasien tidak mengalami infeksi saluran kemih.  - Inkontinensia feses tidak mengganggu.  - Pasien tidak mengalami obstipasi.	- Pasien menstimulasi untuk mengungkapkan perasaannya dengan kata-kata.  - Observasi adanya tanda infeksi saluran kemih secara teratur dan gunakan obat pencahar.  - Penuhi kebutuhan eliminasi secara teratur dan tiap hari.  - Pasien memperhatikan higienis kulit dengan baik.  - Jika perlu pasang kateter urin.  - Awasi pola defekasi.  - Berikan obat laksatif ringan untuk defekasi.	Setiap hari
d.	Regulasi suhu				
e.	Sikap dan gerak	Pasien mempunyai masalah dengan keseimbangan saat	- Pasien/ penghuni dlm tiga minggu	- Memakai palang penopang agar	Setiap hari

		<p>duduk. Bahaya :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kekurangan zat kapur pada tulang</li> <li>Decubitus</li> <li>Kontaminasi</li> </ol>	<p>duduk dalam berbagai posisi dan dapat memindahkan diri sendiri ke kursi roda.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tidak mengalami komplikasi karena perawatan.</li> </ul>	<p>dapat duduk dalam keseimbangan terus menerus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pada kursi roda diantara kedua kaki kursi dipasang tali agar tidak terperosok saat duduk.</li> <li>Kursi roda listrik juga dapat digunakan.</li> <li>Lakukan gerak pasif.</li> </ul>	
f.	Perawatan pribadi	Pasien tidak dapat mandi sendiri.	Pasien sanggup merawat dirinya sendiri.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien dirangsang hingga dapat mandi sendiri tanpa bahaya.</li> <li>Bantu pasien saat memandikan tubuh bawah.</li> </ul>	Setiap hari
g.	Istirahat dan keteraturan				
h.	Komunikasi dan aktivitas				
i.	Keamanan, perlindungan dan keintiman	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ada bahaya bahwa pasien jatuh dari kursi roda atau tempat tidur.</li> <li>Ada gangguan sensori pada kakinya sehingga bisa cedera.</li> </ul>	Pasien sadar akan bahaya kebakaran, sadar dan dapat turun dari kursi roda dalam 4 minggu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan pada pasien untuk mewaspadaisituasi berbahaya.</li> <li>Berikan lingkungan aman bagi pasien untuk beraktivitas dengan kursi roda.</li> </ul>	Setiap hari
j.	Konsep diri	<ul style="list-style-type: none"> <li>Penerimaan akan kekurangan pasien dapat menimbulkan masalah.</li> <li>Masalah perawatan di rumah sakit sedikit melakukan kontak sosial.</li> </ul>	Pasien sadar situasi dirinya, tenang menghadapi masalah dan mengisi hidupnya dengan caranya sendiri.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Melaksanakan kontak sosial dengan teman dan keluarga.</li> <li>Menawarkankesem</li> </ul>	Setiap minggu

			- Pasien siap mengadakan kontak dengan teman, sesama pasien yang dirawat.	patan untuk pasien mengungkapkan perasaannya dan membantu pasien mengatasi kekurangannya itu.	
--	--	--	---	---	--

Tabel 9. Contoh Standar Rencana Pasien yang Alami Kelemahan Fisik  
(Sumber : Stevens dkk, 2012)

Untuk melaksanakan tugas tersebut, seorang perawat juga diharuskan melalui sejumlah tahapan dalam proses keperawatan. Tahapan tersebut antara lain ujuannya adalah untuk mengidentifikasi masalah klien, apakah keadaan sehat atau sakit. Kelima langkah ini harus dilaksanakan secara berurutan dengan menggunakan pendekatan berupa siklus. Artinya, kelima langkah tersebut harus dilakukan tahap demi tahap, dari yang pertama hingga yang terakhir. Setelah selesai, usai evaluasi, tahapan semestinya kembali pada tahapan pertama kembali yakni pengkajian.

Selain rangkaian tugas yang perlu dilakukan, perawat juga harus mengetahui konsep-konsep utama berkenaan dengan kebutuhan dasar manusia. Konsep-konsep tersebut diantaranya adalah :

1. Konsep kebutuhan oksigen

Andarmoyo (2012) menjelaskan bahwa oksigenasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang paling mendasar. Oksigen merupakan salah satu komponen gas dan unsur vital dalam proses metabolisme dan untuk mempertahankan kelangsungan hidup seluruh sel-sel tubuh. Seorang perawat diharuskan memiliki kompetensi, memahami dan dapat mengimplementasikan praktik keperawatan pada gangguan oksigenasi pada pasien. Setelah mengidentifikasinya, maka perawat akan melakukan perencanaan dan menegakkan sejumlah diagnosa untuk membantu pasien dalam memenuhi kebutuhannya akan oksigen.

Misalnya, dalam sejumlah kasus, terdapat pasien yang mengalami penurunan kemampuan bernafas dikarenakan adanya ketegangan jasmaninya atau dapat juga terjadi penurunan pernafasan dikarenakan adanya penumpukan lendir. Maka, pasien tersebut dinyatakan sebagai manusia yang mempunyai hambatan dalam pemenuhan kebutuhannya terhadap oksigen. Perawat harus melakukan identifikasi dan menegakkan diagnosis sehingga dapat membantu pasien agar dapat kembali memenuhi kebutuhannya terhadap oksigen. Apalagi, kebutuhan oksigen adalah suatu kebutuhan yang paling mendasar dibutuhkan pasien.

## 2. Konsep Kebutuhan Makan (Nutrisi) dan Minum (Cairan)

Setiap manusia tentu membutuhkan makanan dan minum untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Tanpa adanya nutrisi dan cairan yang masuk ke tubuh, tentu fungsi dan fisiologis manusia menjadi terganggu. Bahkan, tidak dapat hidup. Kebutuhan ini merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi. Berdasarkan kondisinya, terdapat sejumlah pasien yang tidak dapat memenuhi kebutuhan makan dan minumannya. Misalnya tengah mengalami gangguan tenggorokan akut atau seseorang dengan gangguan pencernaan.

Untuk itulah, perawat bertugas untuk mengkaji dan mengidentifikasi apa saja kebutuhan pasien serta bagaimana caranya membantu pasien untuk dapat memenuhi kebutuhannya tersebut. Misalnya kebutuhan minumannya (cairan) terganggu akibat pasien seringkali duduk di posisi yang sama sehingga dapat mengakibatkan terbentuknya batu ginjal. Hal inilah yang kemudian menjadi permasalahan keperawatan yang kemudian menghasilkan diagnosis hingga evaluasi dalam bidang perawatan.

## 3. Konsep Kebutuhan Eliminasi

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia versi daring, eliminasi berarti pengeluaran (seperti racun dari tubuh), penghilangan, penyingkiran dan sebagainya. Artinya, eliminasi merupakan kebutuhan dasar manusia berupa membuang zat-zat yang berbahaya atau zat tidak berguna dari dalam tubuh. Agar selalu sehat, manusia memiliki siklus alami dalam mengeliminasi zat-zat yang berbahaya atau tak berguna bagi tubuh.

Namun, dalam kondisi tidak sehat/ kesehatan terganggu, siklus pembuangan yang menjadi kebutuhan manusia tersebut dapat terganggu, tidak lancar atau bahkan sulit dilakukan secara alami. Misalnya, pasien tidak bisa buang air besar/ buang air kecil. Dapat juga keadaan sebaliknya karena adanya gangguan seperti infeksi saluran kemih, pasien justru mengalami inkontinensia urin sehingga basah sepanjang hari. Dalam kondisi ini, tugas perawat adalah membantu agar pasien dapat memenuhi kebutuhan eliminasi dengan baik/ normal.

## 4. Konsep Kebutuhan Pengaturan Suhu

Pengaturan suhu yang dimaksud di sini adalah saat sehat, manusia mempunyai kemampuan untuk mengatur temperatur tubuhnya. Di cuaca yang sangat dingin ataupun sebaliknya, suhu tubuh manusia akan menyesuaikan dan stabil terhadap perubahan suhu.

Pada sejumlah pasien dalam kondisi tertentu mengalami kesulitan dalam mengatur temperatur tubuh. Contohnya pasien tersebut akan sangat peka atau terlalu peka dengan perubahan suhu.

#### 5. Konsep Kebutuhan Sikap dan Gerak

Setiap manusia memiliki kebutuhan berupa sikap, posisi serta gerak sesuai dengan apa yang diinginkan. Seorang manusia menginginkan untuk duduk, berdiri, berlari dan sebagainya sesuai dengan apa yang dibutuhkannya. Namun, konsep kebutuhan sikap dan gerak ini bisa saja tidak dapat dipenuhi oleh pasien dengan kelemahan fisik. Kelemahan fisik tersebut yang akan membuat pasien sangat cepat lelah atau bahkan sakit jika memilih posisi tertentu.

Misalnya, pasien dengan kelemahan fisik tertentu berupa ketergantungan pada kursi roda, karena tanpa kursi roda, terdapat risiko jatuh yang membuat kondisi kesehatannya semakin buruk. Masalah keperawatan dalam kasus ini adalah berupa penyediaan alat bantu fisik agar dapat membantu kebutuhan sikap dan gerak pasien.

#### 6. Konsep Kebutuhan Istirahat dan Keteraturan

Setiap manusia membutuhkan istirahat. Usai melakukan sejumlah aktivitas sepanjang hari, baik fisik maupun non fisik yang dibutuhkan tubuh adalah beristirahat. Namun, kebutuhan tubuh bukan hanya istirahat. Tubuh juga membutuhkan agar tubuh secara teratur beraktivitas. Melakukan kegiatan-kegiatan, olahraga ataupun menjalankan pekerjaan/ hobi. Konsep kebutuhan manusia lagi-lagi membutuhkan keteraturan.

Pada kondisi tidak sehat, pasien mengalami gangguan dalam hal istirahat dan keteraturan kehidupan. Contohnya, setelah aktivitas seharian pasien tersebut tidak dapat tidur (insomnia). Maka, hal inilah yang menjadi gangguan bagi pasien tersebut. Dapat pula terjadi sebaliknya, dalam kondisi tertentu seorang pasien justru terus menerus lemas, lemah dan ketergantungan untuk terus beristirahat. Hal ini juga disebut sebagai gangguan dalam hal kebutuhan istirahat. Sebab, jika terus menerus dibiarkan, ketergantungan tersebut bisa terus meningkat dan menjadikan tubuh pasien tidak aktif atau kepasifan total.

#### 7. Konsep Kebutuhan Komunikasi dan Interaksi

Sebagaimana dijelaskan dalam bab-bab sebelumnya, komunikasi merupakan proses pertukaran informasi antara orang satu dengan orang lain. Komunikasi juga sangat dibutuhkan, termasuk saat seseorang berada dalam layanan kesehatan/ keperawatan. Tanpa

adanya komunikasi secara langsung, pemeriksaan kesehatan dan perawatan kemungkinan menjadi kurang maksimal. Kebutuhan berupa komunikasi dan interaksi ini bagi manusia merupakan salah satu kebutuhan dasar. Sebab, manusia adalah makhluk sosial. Bahkan, tidak akan mungkin manusia untuk tidak berkomunikasi.

Kondisi tidak adanya pemenuhan kebutuhan komunikasi ini dapat dicontohkan dengan pasien dengan gangguan daya ingat. Misalnya pasien dengan jalan pikiran yang kacau, komunikasi yang tidak jelas dan seringkali lupa atau tidak sesuai kenyataan berkenaan dengan perkataannya.

#### 8. Konsep Kebutuhan Keamanan, Perlindungan dan Keintiman

Manusia membutuhkan kebutuhan berupa rasa aman dan perlindungan. Tanpa keamanan, manusia akan terus merasa bahwa kehidupannya terancam. Saat sakit, kebutuhan akan keamanan dan perlindungan ini bisa saja pasien tidak mendapatkannya. Misalnya, setiap pasien dengan kelemahan fisik, maka memiliki potensial bahaya. Potensi yang mengancam keselamatannya tersebut dapat berupa terguling dari kursi roda, terjatuh dari tempat tidur ataupun risiko jatuh lainnya. Tidak terpenuhinya kebutuhan akan keamanan inilah yang membuat pasien perlu diberi perhatian lebih.

Berdasarkan konsep kebutuhan tersebut, perawat hendaknya memahami bahwa kebutuhan setiap pasien satu dengan lainnya itu berbeda. Untuk itulah, kebutuhan perawatan, diagnosis serta pelaksanaan perawatan pun berbeda antara satu pasien dengan pasien lainnya. Kebutuhan perawatan tentunya telah melalui sejumlah tahapan perawatan di atas. Diantaranya adalah telah melalui proses pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Berdasarkan konsep tentang kebutuhan itu pula, terdapat sejumlah tindakan perawatan yang penting diperhatikan perawat. Tindakan ini berupa aspek-aspek teknis yang berhubungan dengan instrumen perawatan dalam rangka pemenuhan kebutuhan pasien. Aspek-aspek teknis tersebut diantaranya adalah sebagai berikut.

##### **1. Bantuan Oksigenasi**

Saat pasien mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan berkaitan dengan oksigenasi, perawat harus sigap. Perawat harus bersiap melakukan sejumlah tindakan teknis untuk dapat melancarkan kembali pernafasan pasien. Dalam Wahid (2012), dijelaskan sejumlah langkah yang dapat dilakukan untuk memberikan oksigen pada pasien. Pertama, perawat harus

memahami prosedur kerja dimulai dari mempersiapkan alat berupa tabung oksigen dilengkapi dengan *flow meter* dan humidifier, nasal kateter, kanula/ masker hingga vaselin/ jelly.

Lalu, tindakan selanjutnya adalah mengecek flow meter dan humidifier, menghidupkan tabung oksigen, mengatur posisi pasien semi fowler atau sesuai kondisi pasien. Lalu, langkah selanjutnya adalah memberikan oksigen melalui kanula/ masker. Apabila menggunakan kateter, perawat harus mengukur jarak hidung dengan telinga, setelah itu baru memberi jelly dan masukkan. Bantuan oksigenasi juga dapat dilakukan dengan melihat dan mengontrol pernafasan pasien. Pengecekan pernafasan adalah salah satu observasi yang perlu dilakukan perawat berkenaan dengan kebutuhan oksigen pasien.

## **2. Bantuan Untuk Makan dan Minum**

Manusia memiliki kebutuhan dasar untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan tubuhnya agar terus bisa hidup. Maka, makan dan minum juga harus dilakukan oleh pasien. Namun, kita mengetahui bahwa seseorang yang sakit seringkali tidak memiliki nafsu makan. Para pasien tersebut seolah kehilangan nafsu makan, apalagi makanan yang disediakan di rumah sakit sering tidak memenuhi selera pasien. Variasi makanan di rumah sakit tentu menjadi salah satu tugas rumah sakit maupun pengelola bagian gizi di rumah sakit untuk mengatur menu makanan pasien sedemikian rupa.

Perawat juga harus memperhatikan kondisi pasien. Selain memenuhi gizi ataupun diet pasien (tidak tertukar dengan pasien lain), perawat harus memperhatikan kondisi dari pasien itu sendiri. Misalnya, apakah pasien sendirian atau sudah ditemani keluarganya, bagaimana suasana kamar pasien, ranjang pasien harus nyaman. Perawat perlu memperhatikan apakah sesuatu yang tidak berhubungan dengan kegiatan makan minum masih berada di sekitar ranjang pasien atau tidak. Kenyamanan saat makan perlu diperhatikan perawat. Sebab, keadaan orang sakit sudah tidak berselera untuk makan. Jika ditambah dengan kondisi lain yang memperburuk selera makannya, maka bantuan untuk pemenuhan kebutuhan nutrisi dan cairan tidak akan terpenuhi.

Perawat perlu membantu pasien merasa nyaman dengan posisi duduknya saat makan. Untuk itu, membantu duduk dalam suasana yang nyaman tanpa mengeluarkan banyak tenaga untuk makan. Jika tidak mampu makan/ minum sendiri dan tidak ada keluarga pasien, perawat perlu membantu pasien untuk makan dengan menyuapinya. Namun, jika sudah mampu,

perawat cukup membantu pasien dengan memotong-motong daging di makanannya, menuangkan air minum atau hal-hal lain yang membutuhkan bantuan.

Saat pasien sama sekali tidak memiliki nafsu makan, tugas perawat adalah memberikan rangsangan pada pasien untuk makan. Dorongan tersebut dapat berupa saran dan memberi pasien pengertian bahwa dirinya membutuhkan nutrisi demi kesembuhannya. Misalnya dengan saran bahwa pasien harus makan setidaknya sedikit, saran untuk makan sesuap saja demi penyembuhan dan lain sebagainya. Teknis-teknis tersebut diantaranya yang diperlukan oleh perawat dalam memberikan bantuan untuk pemenuhan nutrisi dan cairan pasien.

### **3. Observasi Ekskresi dan Keseimbangan Cairan**

Dalam Stevens dkk (2012), keseimbangan cairan sangat penting baik saat penentuan suatu diagnosa maupun penatalaksanaan beberapa penyakit. Untuk itu, perawat perlu melihat keseimbangan cairan tersebut dari sejumlah kondisi dan keadaan pasien. Misalnya saat badan pasien dehidrasi, muntah, diare dan edema. Saat-saat tersebut merupakan saat di mana sangat penting bagi perawat untuk membantu pasien dalam hal penerapan keseimbangan cairan. Tugas perawat juga adalah melakukan pencatatan penerimaan cairan pasien dan pengeluaran cairan pasien.

Suatu keseimbangan cairan disebut positif jika cairan yang diterima lebih banyak daripada cairan yang dibuang oleh pasien. Dalam situasi normal, suatu keseimbangan cairan dari 500 cc dianggap positif. Pengeluaran cairan melalui pernafasan dan keringat sangat kecil dan tak dapat diukur. Suatu keseimbangan cairan dikatakan negatif jika cairan yang keluar lebih besar daripada cairan yang diterima. Hal ini yang semestinya menjadi catatan dan perhatian bagi perawat.

Sementara itu, bantuan untuk ekskresi juga harus diberikan oleh perawat pada pasien. Dalam Stevens dkk (2012) dijelaskan bahwa ekskresi merupakan suatu kebutuhan dasar manusia sejak lahir. Pencernaan dan pengaturan cairan dalam tubuh sangat tergantung pada ekskresi bahan-bahan buangan. Setiap orang selama hidupnya bagaimanapun secara aktif terikat dengan ekskresi. Jika ada penyimpangan dalam pola ekskresi, maka bisa jadi seseorang tersebut merupakan tanda dari suatu penyakit.

Perawat harus memperhatikan hal teknis berupa berapa jumlah urine yang dikeluarkan oleh seseorang dewasa. Misalnya, setiap orang yang sehat mengeluarkan urine 1200 ml per 24 jam. Ini juga tergantung pada jumlah cairan yang diterima pasien tersebut, tapi juga tergantung



pada pengeluaran dari tempat-tempat yang lain. Misalnya kulit, produksi keringat banyak, diare dan sebagainya. Secara normal seseorang mengeluarkan urine sebanyak 4 sampai 6 kali sehari.

Selain volume, perawat juga harus memperhatikan warna urine. Urine yang normal adalah warna kuning jerami. Urine yang lebih pekat akan berwarna lebih gelap, dan urin yang konsentrasinya berkurang bahkan sampai tidak berwarna. Hal yang perlu dicurigai perawat adalah jika pasien memiliki sejumlah warna urin. Misalnya jika warna coklat dan berbuih dapat menunjukkan kelainan hati atau empedu. Sementara warna merah muda dan merah kecoklatan menunjukkan adanya darah dalam urin. Warna urin yang berwarna hijau, biru, kuning-merah dapat diakibatkan dari penggunaan obat-obatan oleh pasien.

Begitu pula dengan kejernihan. Perawat harus mengetahui bahwa urin yang sehat adalah urin yang bening dan tembus pandang. Kekaburan bisa jadi terjadi karena adanya lendir. Sementara berdasarkan baunya, urin yang sehat biasanya tidak berbau dan hanya ada bau amoniak ringan. Sementara urine yang sangat bau menandakan adanya gangguan kesehatan. Untuk pemeriksaan urin di laboratorium, perawat harus benar-benar memastikan pasien mencuci alat kelamin sebelum menyerahkan sampel urin. Begitu juga dengan kebersihan pot penampung. Hal tersebut tentu berfungsi untuk memastikan ketepatan diagnose hasil laboratorium.

Hasil ekskresi lainnya selain urin adalah feses (tinja), muntah dan sputum (lendir). Masing-masing warna feses juga menunjukkan kondisi kesehatan pasien. Hal ini harus diketahui oleh masing-masing perawat. Misalnya feses yang berbentuk bongkahan keras dan sulit dikeluarkan disebut obstipasi. Sementara jika feses sebaliknya, terlalu lembek, berair dan sangat sering keluar disebut diare.

Muntah, proses ekskresi selanjutnya yang dapat diobservasi oleh perawat ini terjadi karena adanya gerak peristaltic dari lambung dan kerongkongan yang menyebabkan isi lambung dikeluarkan. Waktu dan frekuensi muntah harus diperhatikan perawat. Sementara sputum atau lendir adalah sesuatu yang dikeluarkan dari bronkus. Penyimpangan dan gangguan bronkus seringkali dapat dilihat dari lendir seorang pasien. Sejumlah proses ekskresi itulah yang perlu diperhatikan dalam teknis observasi pada pasien.

#### **4. Bantuan untuk Eliminasi**

Persoalan teknis lainnya, hal yang juga sangat penting diperhatikan perawat berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan pasien adalah bantuan untuk eliminasi. Masalah yang termasuk dalam eliminasi adalah defekasi dan berkemih. Bahkan, permasalahan mengenai eliminasi ini bukan hanya persoalan pasien di rumah sakit saja. Dalam kehidupan sehari-hari, permasalahan yang berhubungan dengan urin dan feses ini seringkali tabu dibicarakan. Padahal, perawat harus benar-benar memperhatikan dua hal ini.

Masalah yang berkenaan dengan eliminasi ini disebut dengan inkontinensia. Inkontinensia berhubungan dengan tertahannya urin maupun feses. Ada beberapa bentuk inkontinensia, misalnya inkontinensia stress (urin hanya keluar beberapa tetes). Ini terjadi bila seseorang yang bersangkutan tiba-tiba tekanan perutnya meninggi seperti mengangkat, tertawa, batuk dan sebagainya. Bisa juga terjadi karena melemahnya otot panggul, misalnya terlalu lama berbaring atau sedang hamil dan sebagainya.

Ada pula bentuk lain yakni inkontinensia menetes, yang sering timbul pada pria. Ini terjadinya karena terjepitnya uretra karena terjadi pembesaran prostat. Ini membuat seseorang tak henti-hentinya meneteskan urin. Inkontinensia tekanan, di sini pasien merasakan suatu dorongan untuk berkemih (pipis) pada saat mengeluarkan urin ataupun pasien tidak merasakannya sama sekali, sehingga tanpa disadari pasien mengeluarkan urin yang banyak. Hal inilah yang perlu dilakukan oleh perawat, yakni membantu proses eliminasi pasien.

Langkah teknis seorang perawat dalam membantu pasien dengan inkontinensia adalah memberikan perhatian yang cukup pada pasien tersebut. Perawat juga perlu melakukan komunikasi yang efektif berupa penyelesaian masalah yang dialami pasien maupun perawatan pribadi pasien. Sementara untuk hal fisik pasien yang perlu dilakukan perawat adalah peka terhadap bau dan keadaan badan/kulit pasien. Misalnya untuk perawatan kulit pasien inkontinensia, perawat harus kerap mengganti pakaian kotor pasien, memandikan pasien, pemasangan alat inkontinensia dan sebagainya. Perawat juga perlu mendampingi pasien untuk melakukan latihan kandung kemih atau yang sering disebut dengan latihan otot dasar panggul.

Sementara untuk bau, perawat juga perlu menjaga agar pasien tetap tidak berbau. Untuk itu, perawat harus secara rutin mengganti material inkontinensia, mencuci dan mengganti sprei dan pakaian. Perawat juga harus bisa membedakan dan menentukan mana saja alat bantu inkontinensia urin yang tepat bagi pasien. Contoh alat penyerap urin adalah potongan kain

dan berbentuk popok/ pembalut. Pemilihan bahan yang tepat ini berkaitan dengan sensitivitas kulit pasien, apakah akan menimbulkan iritasi atau tidak lalu mengganggu aktivitas atau tidak.

Dalam Stevens dkk (2012), inkontinensia feces lebih jarang terjadi dibandingkan inkontinensia urin. Namun, dapat juga terjadi pasien. Hal inilah yang perlu diketahui dan diwaspadai oleh perawat. Di mana, bisa terjadi pelemahan otot anus sehingga menjadikan diare dan defekasi. Inkontinensia feces ini juga bisa terjadi jika adanya gangguan psikogeriatik atau adanya penyimpangan neurologis dalam kurangnya kontrol terhadap otot sfingter anusnya. Sebagaimana dijelaskan, gangguan ini dapat membuat pasien sangat membuat tidak nyaman perawat.

Namun, bagaimanapun gangguan ini harus diberi sejumlah bantuan agar kebutuhan eliminasi bisa terpenuhi. Beberapa tindakan yang dapat menjaga agar inkontinensia feces tidak muncul diantaranya adalah melatih otot dasar panggul, memberikan makanan yang paling tepat sesuai dengan jenis inkontinensia feces yang dialami oleh pasien. Sejumlah hal fisik itulah yang semestinya perlu dipikirkan oleh perawat dalam tindakan teknisnya demi memberikan bantuan eliminasi pada pasien.

## **5. Bantuan Pengaturan Suhu**

Stevens dkk (2012) menjelaskan bahwa pada umumnya suhu tubuh manusia adalah konstan. Adanya penyimpangan suhu berarti adanya gangguan keseimbangan, meskipun belum tentu ada sebuah penyakit. Jika seseorang demam tinggi, maka kita dapat melihat badannya tampak merah. Saat dipegang, badannya pun juga panas. Sebagai perawat, agar mengetahui bagaimana dapat membantu pasien dalam pengaturan tubuh, seorang perawat wajib memahami penggunaan termometer.

Perawat juga harus mengetahui, bahwa dalam pembagian skala yang normal dalam derajat Celcius angka yang normal adalah kisaran 35 derajat hingga 42 derajat Celcius. Suhu tubuh yang normal antara 36,5 derajat, sementara jika suhu meningkat 38 derajat celcius maka seseorang tersebut disebut demam. Jika di atas 40 derajat, maka pasien tersebut disebut sedang demam tinggi. Hal ini juga wajib diketahui oleh perawat dalam bantuan pengaturan suhu pada pasien.

Sejumlah tindakan teknis yang dapat dilakukan perawat adalah melakukan pengukuran suhu tubuh secara berkala demi pemantauan kestabilan suhu pada pasien. Lokasi yang paling cocok untuk diukur suhunya adalah di rektal dengan waktu sekitar 3 menit. Untuk itulah

pengukuran suhu sangat diperlukan untuk memantau apakah suhu tubuh pasien masih cukup normal. Jika terjadi demam, maka harus diketahui apakah gejala demam tersebut tanda adanya gangguan kesehatan lain (misalnya infeksi, dan sebagainya). Jika telah diketahui penyebab demam (dari hasil laboratorium) maka perawat selanjutnya mengambil tindakan berupa pemberian obat berdasarkan kebutuhannya.

## **6. Bantuan Perawatan Diri**

Perawatan diri adalah kebutuhan penting bagi setiap manusia, termasuk bagi para pasien. Perawatan diri meliputi sejumlah hal seperti kebersihan diri dimulai dari ujung rambut hingga ujung kaki. Dalam keadaan tertentu, bisa jadi pasien kesulitan melakukan perawatan diri. Contohnya, pasien dalam keadaan kecelakaan lalu lintas, cacat penglihatannya, kaki teramputasi, demensia (pikun), pasien dengan kelumpuhan dan sejumlah kondisi lainnya yang tidak dapat melakukan perawatan diri sendiri. Maka, tugas perawat adalah melakukan hal teknis berupa aktivitas perawatan diri tersebut dalam rangka membantu pasien.

Sejumlah hal yang perlu diperhatikan bagi perawat terhadap pasien adalah memandikan dari arah yang bersih ke arah anggota tubuh yang bersih, harus diperhitungkan dengan rutin, rangsang sebanyak mungkin pasien untuk dapat membersihkan diri. Dalam perawatan mulut, jika pasien tidak sanggup menggosok giginya, maka tugas perawat adalah mengambil alih menggosok gigi pasien tersebut. Apalagi, jika ditemui adanya peradangan selaput lendir. Maka penggosokan gigi yang dibantu perawat harus benar-benar seksama atau dengan perhatian khusus.

Perawat juga perlu memperhatikan perawatan diri lain dari tubuh pasien, misalnya perawatan rambut, melepas-menggunakan pakaian, perawatan kuku pasien, perawatan kacamata dan alat bantu lihat lainnya, perawatan telinga dan alat bantu dengar serta berbagai perawatan diri baik pakaian, tempat tidur dan kamar pasien. Hal –hal teknis yang perlu diperhatikan perawat dalam membantu kebutuhan perawatan diri ini adalah perawat harus memperhatikan detail, membersihkan pasien dengan sebaik-baiknya.

Sejumlah hal sepele namun sangat penting diperhatikan perawat saat memandikan pasien diantaranya adalah menutup tirai tempat tidur saat memandikan pasien, mengetuk pintu sebelum masuk ke kamar pasien dan memberikan kain penutup untuk para pemakai kursi roda. Terkadang, kita juga perlu memikirkan perasaan orang lain yang kita mandikan. Misalnya, perasaan malu yang dialami pasien saat dimandikan oleh perawat. Perasaan malu, antara

terpaksa juga takut diejek juga muncul. Pasien tak jarang menganggap dirinya tidak berguna jika mandi dan perawatan diri tidak sanggup dia lakukan. Hal inilah yang harus dipahami oleh perawat.

## **7. Bantuan Mobilisasi**

Gerak adalah hal yang sangat dibutuhkan oleh setiap manusia. Tanpa ada gerakan, manusia seolah tanpa arah. Gerakan selalu ditujukan pada orang yang memiliki tujuan sekaligus arah dari gerakan tersebut. Tanpa gerakan, kebutuhan hidup lainnya tidak akan pernah berlangsung. Sebab, makan, minum, olahraga dan berbagai aktivitas lainnya tentu hanya dapat berlangsung jika ada gerakan. Maka, gerakan adalah satu kebutuhan yang sangat penting. Namun, sebagaimana kesulitan dan hambatan yang dialami pasien lainnya, bisa jadi kebutuhan mobilisasi atau gerakan ini akan sangat sulit dipenuhi oleh pasien.

Khususnya pasien dengan kondisi tertentu. Misalnya kelemahan fisik berupa kecacatan, kelumpuhan, nyeri sendi, pengeroposan tulang dan lain sebagainya. Perawat akan sangat dibutuhkan dalam memberikan bantuan berupa mobilitas pada pasien tersebut. Jika membutuhkan bantuan, sudah semestinya perawat membantu mobilisasi pasien dalam hal tertentu. Misalnya, keinginan pasien untuk terapi usai kecelakaan, ketidakmampuan pasien untuk menuju kamar mandi, ketidakmampuan pasien dalam meraih benda yang diinginkan dan lain sebagainya. Hal inilah yang membuat bantuan berupa mobilisasi ini sangat dibutuhkan pasien.

## **C. ANTISIPASI PENCEGAHAN KEJADIAN YANG TIDAK DIHARAPKAN OLEH PERAWAT**

### **1. Mengetahui dan Memahami Tanda-tanda Vital Pasien**

Usai membahas mengenai kebutuhan dasar manusia, kini saatnya membahas mengenai apa saja tanda-tanda vital seseorang. Sebagaimana diketahui, tanda vital merupakan suatu tanda yang menunjukkan bahwa masih ada tanda-tanda kehidupan dalam seseorang. Saat seorang pasien masuk ke rumah sakit, maka pemeriksaan pertama-tama atau vital adalah sejumlah hal ini. Tanda-tanda vital ini meliputi suhu tubuh, denyut nadi, pernafasan dan tekanan darah. Menurut Wahid (2012), tujuan dari adanya pengukuran tanda-tanda vital ini adalah untuk mendeteksi dan memantau perubahan pasien dan memantau pasien yang berisiko untuk perubahan kesehatan. Tanda-tanda tersebut antara lain:

#### a. Suhu Tubuh

Suhu permukaan tubuh (kulit, jaringan sub kutan dan lemak) berfungsi sesuai respon terhadap faktor lingkungan yang tidak ajeg. Oleh karena itu lebih tepat mengukur suhu inti atau jaringan tubuh bagian dalam seperti thorax dan rongga abdomen. Sampai saat ini, suhu inti tubuh masih diukur dengan menggunakan termometer air raksa. Namun, perawat lebih menyukai penggunaan termometer elektronik yang memberikan waktu pengukuran lebih akurat dalam waktu 2-60 detik.

Dalam pengukuran suhu tubuh pasien, ada sejumlah cara yang dilakukan. Cara tersebut diantaranya adalah secara oral (lewat mulut) meletakkan termometer di mulut pasien, secara rektal (melalui anus) meletakkannya melalui anus. Terpenting, suhu tubuh pasien sangatlah penting untuk diketahuinya dan menjadi bagian vital rumah sakit untuk diketahui perawat. Pengukuran suhu juga dapat dilakukan secara aksila atau melalui ketiak. Jenis termometer yang digunakan masing-masing tentu berbeda. Perawat harus memahami dan tentunya mengetahui perbedaan penggunaan masing-masing termometer tersebut.

#### b. Denyut Nadi

Denyut nadi adalah salah satu tanda vital manusia. Dalam Wahid (2012), denyut nadi dapat dibagi menjadi dua, yakni denyut nadi apikal dan perifer. Denyut nadi apikal adalah denyut yang dirasakan pada daerah apeks jantung. Sementara untuk denyut perifer, merupakan denyut yang dirasakan pada perifer tubuh seperti leher, pergelangan dan kaki. Pada pasien yang sehat, laju denyut dari denyut nadi perifer sama dengan denyut jantung. Perubahan akan kondisi kesehatan pasien bisa memperlemah denyut perifer dan akan kesulitan dideteksi. Maka, pengkajian denyut nadi merupakan salah satu elemen vital pasien yang sangatlah penting.

Dari denyut nadi dapat dilihat misalnya laju denyut kurang 60 kali permenit disebut dengan Bradikardi. Biasanya dijumpai pada atlet sehat dan terlatih. Sementara denyut yang melebihi 100 kali permenit dinamakan dengan Takikardi yang sering dijumpai pada pasien sehat yang cemas atau pasien yang selesai olahraga. Denyut nadi ini dapat diperiksa dengan memeriksa tekanan yang dikeluarkan sebelum denyut dirasakan.

#### c. Pernafasan

Hal yang perlu diketahui dari pernafasan adalah memeriksa apakah adanya ketidakteraturan saat seseorang bernafas. Cara mengukur pernafasan, hal yang perlu dilakukan adalah menyiapkan arloji, buku, alat tulis, *sphygmomanometer* air raksa atau jarum yang siap dipakai, stetoskop. Caranya menghitung pernafasan adalah melihat naik turunnya dada sambil memegang pergelangan tangan pasien. lalu, menghitung jarum detik menghitung jumlah pernafasan 30 detik dikalikan dua untuk mengetahui kecepatannya. Jika normal, mak perlu dihitung kecepatan nafasnya dalam satu menit penuh.

d. Tekanan Darah

Dalam prinsip vital pemeriksaan tekanan darah, perlu diperhatikan bahwa darah yang mengalir dan menyusut dalam sistem arteri inilah yang menjadikan dua tekanan darah. Pertama tekanan darah sistolik yakni tekanan darah pada puncak gelombang, pada saat ventrikel kiri kontraksi. Sementara kedua, tekanan darah diastolik yakni tekanan darah antara dua kontraksi ventrikuler, saat jantung pada fase istirahat. Sebagaimana diketahui bahwa pengukuran tekanan darah adalah menggunakan tensimeter.

## 2. Cara Pemberian Obat Pada Pasien Oleh Perawat

Pemberiaan obat secara aman, akurat dan efektif merupakan salah satu tugas perawat. Untuk itulah, tidak salah jika pemberian obat ini termasuk dalam peran perawat dalam patient safety. Pencegahan KTD, tentunya berkaitan dengan pemberian obat. Di mana, kasus kesalahan pemberian obat juga bisa saja terjadi dan mengakibatkan KTD. Untuk itulah, perawat sudah semestinya untuk memiliki tanggung jawab antara lain:

- a. Memahami aksi dan efek samping tidur.
- b. Memberikan obat dengan benar.
- c. Memonitor respon pasien.
- d. Membantu pasien menggunakan obat dengan benar.

Sementara itu, berbagai macam obat memiliki cara penggunaannya masing-masing. Bahkan, cara yang digunakan untuk penggunaan obat bisa jadi bergantung pada penggunaan obat, efek samping maupun bentuk fisik obat. Di bawah ini, terdapat tabel-tabel macam obat dan penggunaannya:

Jenis Obat	Cara Penggunaan	Keterangan
Oral	Pemberian obat melalui mulut	Cara yang paling sering digunakan. Biasanya punya onset yang lama dan efeknya lebih lama.
Sublingual	Obat ini dirancang agar diabsorpsi setelah diletakkan di bawah lidah. Tidak boleh ditelan.	Fungsi tidak efektif jika diminum sebelum larut. Efek tidak tercapai jika obat ditelan terlebih dahulu.
Buccal	Obat solid yang diberikan pada mukosa pipi hingga obat terlarut. Menggunakan pipi secara bergantian. Tidak boleh ditelan.	Obat hanya bekerja pada mukosa. Ditelan akan bekerja secara sistemik
Parenteral	Disuntikkan. Pemberian obat melalui jaringan tubuh. Contohnya subcutan, interadermal, interamuscular dan intravena.	Adanya risiko injeksi, klien mengalami tusukan jarum.
Topical	Obat oles, salep, spray aerosol, losion suspensi. Dengan dioles, disemprot, dioleskan.	Tampak digunakan di kulit.
Anus atau rektal	Dimasukkan melalui anus.	Harus dengan penempatan yang benar.

**Tabel 10.** Jenis dan Cara Penggunaan Obat (Sumber : Wahid, 2012)

Selain memperhatikan cara dan penggunaan obat, dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien, perawat sebagai salah satu petugas yang berperan penting dalam patient safety juga perlu menerapkan ketepatan pemberian obat. Ada 10 tahapan pemberian obat yang benar dan aman, yakni 10 benar obat. Wahid (2012), menyebutkan bahwa kesepuluh tahapan ini harus dilaksanakan seluruhnya oleh perawat agar pasien benar-benar terhindar dari KTD, khususnya dikarenakan kesalahan pemberian obat. Kesepuluh tahapan tersebut antara lain:

- i. Mengetahui pasien (artinya, identifikasi pasien dilakukan dengan benar. Baik nama, nomor rekam medis, identitas, jenis kelamin, umur, dan sebagainya telah dipastikan benar.



- ii. Mengetahui obat (perawat juga harus memastikan bahwa obat yang diberikan adalah obat untuk penderita apa, jenis obatnya seperti apa dan metode pemberiannya).
- iii. Komunikasi dengan jelas (komunikasi dalam hal ini khususnya pada bidang apoteker atau farmasi yang langsung menangani obat-obatan. Menanyakan sejelas-jelasnya berkenaan dengan obat tersebut).
- iv. Hati-hati dengan obat yang memiliki nama mirip atau bentuk mirip.
- v. Ketat dan lakukan standarisasi terhadap penyimpanan, persediaan dan distribusi obat (ini dilakukan oleh bidang farmasi sebuah penyedia layanan kesehatan).
- vi. Periksa alat-alat yang digunakan.
- vii. Jangan menyabotase diri sendiri.
- viii. Lakukan pendidikan terhadap petugas (arahan medis tentang kehati-hatian pemberian obat serta risiko KTD).
- ix. Dorong pasien untuk menjadi bagian dari pengamanan obat.
- x. Menentukan target pada proses, bukan pelaku.

Sejumlah hal di atas merupakan beberapa faktor yang penting diperhatikan perawat berkenaan dengan tugasnya. Tentunya, berkenaan dengan tujuan peningkatan keselamatan pasien di rumah sakit.

## DAFTAR PUSTAKA

- Alo, Liliweri. 2009. *Dasar-dasar Komunikasi Kesehatan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Arwani. 2005. *Komunikasi dalam Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Andarmoyo, Sulistyono. 2012. *Kebutuhan Dasar Manusia (Oksigenasi): Konsep, Proses dan Praktik Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Cahyono, J. B. Suharjo. 2008. *Membangun Budaya Keselamatan Pasien: Dalam Praktik Kedokteran*. Yogyakarta: Kanisius.
- Depkes RI. 2008. *Buku Saku Tanggungjawab Apoteker Terhadap Keselamatan Pasien (Patient Safety)*. Jakarta: Direktorat Bina Farmasi Komunitas dan Klinik Ditjen Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan RI.
- Edlani, Yudistia Armay. 2009. "Analisis Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medis Rawat Inap Psikiatri Tahun 2008 di RS Dr. H. Marzoeki Mahdi Bogor". *Skripsi S1*. Jakarta: FKM. Universitas Indonesia.
- Elen Stefani. 2014. "Tinjauan Yuridis Pelayanan Kesehatan yang Bermutu Menurut Pasal 5 Ayat (2) Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Berkaitan dengan Kekecewaan Pasien Terhadap Perilaku Dokter". *Jurnal*. Yogyakarta: Program Studi Ilmu Hukum, Fakultas Hukum. Universitas Atmajaya Yogyakarta.
- Elrifida, Solha. 2011. "Budaya Patient Safety dan Karakteristik Kesalahan Pelayanan: Implikasi Kebijakan Salah Satu Rumah Sakit di Kota Jambi". *Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Volume 6 No 2*. Jambi: Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan.
- Fahmi, Irham. 2010. *Manajemen Risiko: Teori, Kasus dan Solusi*. Bandung: Alfabeta.
- Gani, Ascobat. 2011. *Kesehatan Masyarakat Investasi Manusia Menuju Rakyat Sejahtera*. Jakarta : Republika.
- Hartono, Andry. 2002. *Kamus Kesehatan Inggris-Indonesia: Untuk Penerjemah dan Pembaca Buku Teks Kesehatan*. Jakarta: EGC.
- Ika Susanti. 2013. "Identifikasi Medication Error, Pada Fase Prescribing, Transcribing dan Dispensing di Depo Farmasi Rawat Inap Penyakit Dalam Gedung Teratai Instalasi Farmasi RSUP Fatmawati Periode 2013". *Skripsi S1*. Jakarta: Program Studi Farmasi, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan. UIN Syarif Hidayatullah.

- James, Joyce dkk. 2008. *Prinsip-prinsip Sains Untuk Keperawatan*. Jakarta : Erlangga.
- Kasiati NS, Ni Wayan Dwi Rosmalawati. 2016. *Kebutuhan Dasar Manusia I : Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan*. Jakarta: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Murdyastuti, Saptorini. 2010. “Pengaruh Persepsi Tentang Profesionalitas, Pengetahuan Patients Safety Dan Motivasi Perawat Terhadap Pelaksanaan Program Patients Safety Di Ruang Rawat Inap Rso Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta”. *Tesis*. Surakarta: Program Studi Magister Kedokteran Keluarga. Universitas Sebelas Maret Surakarta.
- Nursalam. 2014. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*, Edisi 4. Jakarta: Salemba Humanika.
- Pribadi Zen. 2013. *Panduan Komunikasi Efektif Untuk Bekal Keperawatan Profesional*. Yogyakarta: D-Medika.
- Priyoto, Widyastuti Tri. 2014. *Kebutuhan Dasar Keselamatan Pasien*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Poerwadarminta, W. J . S. 2011. *Kamus Umum Bahasa Indonesia: diolah kembali oleh Pusat Bahasa Departemen Pendidikan Nasional Edisi III*. Jakarta: Balai Pustaka.
- Sitorus Ratna, Rumondang Panjaitan. 2011. *Manajemen Keperawatan: Manajemen Keperawatan di Ruang Rawat*, Jakarta: Sagung Seto.
- Stevens P. J. M dkk. 2012. *Ilmu Keperawatan Jilid 1 Edisi 1*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Sudarta, I Wayan. 2015. *Manajemen Keperawatan: Penerapan Teori Model dalam Pelayanan Keperawatan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Suriawiria, Unus. 2008. *Mikrobiologi Air dan Dasar-Dasar Pengolahan Buangan Secara Biologis*, Bandung : PT Alumni.
- Tando, Naomy Marie. 2013. *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: In Media.
- Tutiany dkk. 2017. *Manajemen Keselamatan Pasien: Bahan Ajar Keperawatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Wahid, Abdul, dan Imam Suprpto. 2012. *Buku Saku: Kompetensi Ilmu Keperawatan Dasar (KIKD)*. Jakarta: Penerbit Sagung Setyo.

Waluyo, Lud. 2007. *Mikrobiologi Umum Edisi Revisi*. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang (UMM) Press.

Waluyo, Lud. 2013. *Mikrobiologi Lingkungan*. Malang: Universitas Muhammadiyah Malang (UMM) Press.

### **Sumber Internet:**

Budiono Sugeng, dkk. 2008. *Pelaksanaan Program Manajemen Pasien dengan Risiko Jatuh di Rumah Sakit*, Jurnal Kedokteran Brawijaya, Volume 28 Suplemen No 1. Surabaya: Universitas Brawijaya, 2014. Diakses dari (*abstract.jkb.ub.ac.id/index.php/jkb/article/view/519*) pada Desember 2017.

Imanto, MT. 2014. *Insiden Keselamatan Pasien*. Universitas Diponegoro. Diakses dari (*eprints.undip.ac.id, Bab I*) pada Desember 2017.

Irmawati, Nurisda Eva dkk. 2017. Surgical Checklist Sebagai Upaya Meningkatkan Patient Safety. *Journal of Health Studies, Vo. 1, No.1, Maret 2017: 40-48*, Universitas Diponegoro. Diakses dari (*www.who.int/patientsafety/topics/safe-surgery/checklist/en/*) pada Desember 2017.

Kemenkes. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Diakses dari (*www.bprs.kemkes.go.id*) pada Desember 2017.

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). 2015. *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Patient Safety Incident Report*. KKPRS: Jakarta. Diakses dari (*www.pdpersi.co.id*) pada Desember 2017.

Regina Pung Pung, A. 2014. *Patient Safety Administrasi Dan Manajemen Kesehatan*. Diakses dari (*www.academia.edu/9191556/patient\_safety.htm*) pada Desember 2017.

## PROFIL PENULIS



**Nunung Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep.** merupakan dosen pengajar di Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta. Penulis lahir di Solo, 29 April 1984. Pada tahun 2006, penulis menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di PSIK FK Universitas Gadjah Mada dan pada tahun 2008 menyelesaikan pendidikan profesi (Ners) di institusi yang sama. Pada tahun 2017, penulis menyelesaikan program Magister Keperawatan di Prodi Pascasarjana Keperawatan, Jurusan Keperawatan FK Universitas Diponegoro dengan peminatan Manajemen Keperawatan.

Pengalaman kerja penulis diawali sebagai perawat di bangsal bedah RSIS YARSIS Solo di tahun 2008 dengan posisi jabatan mulai dari perawat sampai ketua tim perawat. Pada tahun 2013, penulis mengawali karirnya di Akademi Keperawatan “YKY” Yogyakarta sebagai staf pengajar. Karya yang pernah dihasilkan oleh penulis diantaranya *Buku Keperawatan Holistik* (2015) dan *Modul Manajemen Keperawatan* (2017). Penulis mengampu mata kuliah Manajemen Keperawatan, Manajemen *Patient Safety*, Kewirausahaan, dan Keperawatan Jiwa.