



MANAJEMEN PATIENT SAFETY KEPERAWATAN

Penulis :

- Dewi Kartika Wulandari •
- Noviyati Rahadjo Putri •
- Lamria Situmeang •
- Raden Surahmat •
- Yofa Anggriani utama •
- Suprpto •
- Amalia •
- Mei Rianita Elfrida Sinaga •

ISBN 978-623-5283-92-7



9 786235 383927

MANAJEMEN PATIENT SAFETY KEPERAWATAN

Dewi Kartika Wulandari

Noviyati Rahadjo Putri

Lamria Situmeang

Raden Surahmat

Yofa Anggriani utama

Suprpto

Amalia

Mei Rianita Elfrida Sinaga



GET PRESS INDONESIA

MANAJEMEN PATIENT SAFETY KEPERAWATAN

Penulis :

Dewi Kartika Wulandari
Noviyati Rahadjo Putri
Lamria Situmeang
Raden Surahmat
Yofa Anggriani utama
Suprpto
Amalia
Mei Rianita Elfrida Sinaga

ISBN : 978-623-5383-92-7

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M.Kes.
Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Penyunting : Aulia Syaharani, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit: GET PRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi:

Jl. Palarik RT 01 RW 06, Kelurahan Air Pacah
Kecamatan Koto Tengah, Padang, Sumatera Barat

website: www.getpress.co.id
email: adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Juli 2022

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji Syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa. Atas rahmat dan hidayah-Nya, penulis dapat menyelesaikan Buku Hasil Kolaborasi bertema “Manajemen *Patient Safety* Keperawatan” dengan tepat waktu.

Buku kolaborasi ini disusun atas kerjasama antar sesama penulis yang berasal dari berbagai latar belakang profesi dan lintas daerah di seluruh indonesia. Selain itu, buku kolaborasi dapat menjadi wadah untuk menyatukan berbagai gagasan dan pemikiran dari seorang pakar atau ahli dari seluruh indonesia dan menjadikan media silaturahmi akademik.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada teman-teman penulis dan penerbit Get Press. Ucapan terima kasih juga disampaikan pada keluarga yang telah mendukung dan semua pihak yang terlibat dalam membantu menyelesaikan buku ini.

Penulis, Juli 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB 1 KONSEP DAN PRINSIP <i>PATIENT SAFETY</i>	1
1.1 Konsep <i>Patient Safety</i>	1
1.2 Sasaran Keselamatan Pasien	2
1.3 Tujuan Program Keselamatan Pasien	6
1.4 Insiden Keselamatan Pasien	6
1.5 Tujuh Prinsip Menuju Keselamatan Pasien	7
1.6 Isu, Elemen Dan Akar Penyebab Kesalahan Yang Paling Umum Dalam <i>Patient Safety</i>	13
1.7 Standar Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit	14
BAB 2 LANGKAH PELAKSANAAN KESELAMATAN PASIEN	22
2.1 Pendahuluan	22
2.2 Langkah Keselamatan Pasien	22
2.2.1 Membangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien	22
2.2.2 Memimpin Dan Mendukung Staf	24
2.2.3 Mengintegrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko	25
2.2.4 Mengembangkan Sistem Pelaporan	26
2.2.5 Melibatkan Dan Berkomunikasi Dengan Pasien	27
2.2.6 Belajar Dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien	27
2.2.7 Mencegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien	28
BAB 3 PERAN PERAWAT DALAM PASIEN SAFETY	31
3.1 Pendahuluan	31
3.2 Pengertian Peran Perawat	32
3.2.1 Beberapa Peran Seorang Perawat	32
3.2.2 Peran Perawat Dalam Pasien <i>Safety</i>	36
BAB 4 SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)	40
4.1 Sasaran Keselamatan pasien	40
4.2 Tujuan Sasaran Keselamatan Pasien	41
4.3 Ruang Lingkup Sasaran Keselamatan Pasien	42
4.4 Strategi dan Kegiatan Sasaran Keselamatan Pasien	42

4.5 Faktor yang berhubungan dengan Sasaran Keselamatan Pasien	46
BAB 5 KONSEP STERILISASI	59
5.1 Pengertian Sterilisasi	59
5.1.1 Sterilisasi mempunyai beberapa keuntungan	59
5.1.2 Tujuan Pusat Sterilisasi	60
5.1.3 Tugas Instalasi Pusat Sterilisasi	60
5.1.4 Jenis Peralatan yang dapat disterilkan	61
5.1.5 Metode Sterilisasi	61
5.2 Sterilisasi dengan metode kimiawi	68
5.2.1 Adapun Salah satu Cara sterilisasi	69
5.2.2 Hal-hal yang harus Perhatian saat melaksanakan sterilisasi	69
BAB 6 PRINSIP-PRINSIP YANG MEMENGARUHI KEBERHASILAN STERILISASI DAN DESINFEKSI	71
6.1 Pendahuluan	71
6.1.1 Prinsip-Prinsip Yang Memengaruhi Kebhasilan Sterilisasi	73
6.1.2 Prinsip-Prinsip Yang Memengaruhi Kebhasilan Desinfeksi	77
BAB 7 KONSEP PENCEGAHAN PENYAKIT	85
7.1 Pendahuluan	85
7.2 Trend issue pencegahan penyakit	86
7.3 Jenis Penyakit	86
7.3.1 Penyakit Menular	86
7.3.2 Penyakit tidak menular	87
7.4 Paradigma Pencegahan Penyakit	87
7.5 Pencegahan penyakit	88
7.7 Tujuan pencegahan penyakit	89
7.8 Faktor yang mempengaruhi pencegahan penyakit	90
7.8.1 Perilaku	90
7.8.2 Jenis kelamin	90
7.8.3 Pendidikan	91
7.8.4 Kepatuhan	91
7.8.5 Alat pelindung diri	91

7.8.6 Perilaku hidup bersih dan sehat.....	91
BAB 8 STANDAR KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT.....	96
8.1 Pendahuluan	96
8.2 Standar Keselamatan Pasien.....	96
8.2.1 Hak pasien.....	96
8.2.2 Mendidik pasien dan keluarga	97
8.2.3 Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan	97
8.2.4 Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.....	98
8.2.5 Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.....	99
8.2.6 Mendidik staf tentang keselamatan pasien.....	100
8.2.7 Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien	101
8.3 Kebijakan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit	101
8.4 Pelaksanaan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit	103
BIODATA PENULIS	

BAB 1

KONSEP DAN PRINSIP *PATIENT SAFETY*

Oleh Dewi Kartika Wulandari

1.1 Konsep *Patient Safety*

Kesejahteraan pasien atau keselamatan pasien atau yang sering disebut dengan *patient safety* sangat penting dan masalah signifikan secara keseluruhan dalam administrasi atau pelayanan kesejahteraan atau keselamatan pasien (Perry 2009). Ballard (2003) dalam Mustikawati (2011) mengatakan bahwa keselamatan atau kesejahteraan pasien merupakan bagian penting dan mendasar dari nilai asuhan keperawatan. Hal ini menjadi penting mengingat *Patient Safety* merupakan tahapan untuk lebih mengembangkan pelayanan atau administrasi dalam memberikan asuhan keperawatan (Cahyono, 2008). Perwujudan dari keselamatan atau kesejahteraan pasien adalah penghindaran, antisipasi dan peningkatan kejadian-kejadian yang mengejutkan atau mengatasi adanya cedera yang di timbulkan dari pelayanan kesehatan (Ballard, 2003). Program dasar untuk keselamatan pasien seharusnya mengurangi jumlah kejadian (kejadian yang tidak diinginkan) yang umumnya terjadi selama dirawat di klinik gawat darurat atau rumah sakit yang merugikan pasien (Triwibowo, Yuliawati and Husna, 2016).

Sesuai dengan (Permenkes RI Nomor 1961/Menkes/2011). Keamanan atau keselamatan pasien adalah masalah umum untuk klinik medis atau rumah sakit, bagian dari sifat administrasi atau pelayanan kesejahteraan atau keselamatan pasien, standar penting pertimbangan pasien dan bagian dasar dari nilai manajemen mutu (WHO, 2014). Ada lima masalah penting yang terkait dengan keamanan di klinik medis atau rumah sakit, khususnya sebagai berikut: kesejahteraan atau keselamatan pasien, kesejahteraan atau keselamatan

pekerja dan lebih jauh lagi kesejahteraan atau keselamatan pekerja, kesehatan bangunan dan peralatan di klinik, kesehatan alam (keamanan ekologis), dan kesehatan bisnis klinik darurat atau rumah sakit. Kelima bagian kesejahteraan atau keselamatan ini penting di setiap klinik atau rumah sakit. Hal ini cenderung dirasakan bahwa latihan kelembagaan klinik medis atau rumah sakit dapat berjalan dengan asumsi ada pasien. Karena kesejahteraan atau keselamatan adalah kebutuhan utama yang harus dilakukan dan terkait dengan masalah nilai dan gambaran setiap klinik medis atau rumah sakit (Depkes, 2015, hal.17) dalam (Sriningsih and Marlina, 2020).

Keselamatan merupakan kerangka kerja yang membuat asuhan keperawatan pasien lebih aman, termasuk evaluasi risiko, mengidentifikasi dan mengelola pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk mengambil keuntungan dari kejadian dan perkembangannya, serta melakukan jawaban untuk membatasi peluang dan mencegah luka yang dibawa. Jaminan bahwa semua aktivitas dan latihan yang berhubungan dengan pasien yang dilakukan oleh petugas kesehatan berlangsung dengan aman. Memberikan gambaran yang luar biasa, kewajiban sosial moral dan pelaksanaan kesejahteraan pasien dengan tujuan agar kualitasnya lebih baik. Keselamatan pasien akan terus tercipta, jika upaya paling maksimal yang dilakukan oleh rumah sakit untuk menawarkan jenis bantuan kepada pasien melalui pemanfaatan teknik dan pedoman yang sah dan melalui norma-norma terukur untuk membatasi kesalahan medis (Sriningsih and Marlina, 2020).

Jadi bisa di simpulkan *patient safety* adalah menghindari cedera atau bebas dari cedera pada pasien akibat kesalahan pengobatan atau perawatan medis.

1.2 Sasaran Keselamatan Pasien

Di Indonesia secara luas fasilitas pelayanan kesehatan, berlaku sasaran keselamatan pasien terdiri dari:

- a. Mengenali Pasien dengan Benar (PMK No 11, 2017)
Sebuah kesalahan karena salah pasien biasanya terjadi di semua bagian pengobatan. Kondisi yang dapat

menyebabkan kesalahan dalam mengenali pasien karena sebagian besar pasien berada pada kondisi yang tidak kooperatif kondisi pasien yang masih dalam keadaan terbius, bingung, tidak sepenuhnya sadar; atau karena bertukar tempat tidur, atau kamar, area di kantor atau ruangan pelayanan medis; mungkin juga pasien yang memiliki cacat nyata; atau karena kondisi yang berbeda.

b. Meningkatkan Hasil Komunikasi Atau Korespondensi Yang Efektif Dan Baik (PMK No 11, 2017)

Korespondensi atau komunikasi yang berhasil, tepat, lengkap, jelas, dan dapat dibenarkan oleh penerima, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan keamanan pasien yang lebih luas. Korespondensi atau komunikasi dapat dilaksanakan secara elektronik, verbal, atau direkam sebagai *hard copy*. Surat menyurat yang sering mengalami *blunder* adalah perintah yang diberikan secara lisan dan diberikan melalui telepon, jika diizinkan atau diperbolehkan oleh peraturan. Satu lagi jenis korespondensi atau komunikasi yang sering melakukan kesalahan adalah saat mengumumkan kembali hasil asesmen dasar, misalnya lab klinis menghubungi atau memanggil unit bantuan pasien untuk segera melaporkan konsekuensi asesmen atau CITO.

Kantor layanan medis secara kooperatif mengembangkan strategi atau teknik untuk perintah lisan maupun melalui telepon termasuk: menyusun atau masuk ke PC atau komputer menyelesaikan permintaan atau konsekuensi penilaian oleh penerima data; penerima memahami kembali (membaca kembali) permintaan atau hasil pemeriksaan; dan menegaskan bahwa apa yang disusun dan diulang adalah tepat. Obat yang merupakan obat NORUM/LASA harus dieja ulang. Pendekatan atau strategi membedakan pilihan yang diperbolehkan jika proses *read back* berada di luar jangkauan kemungkinan, misalnya di ruang kerja dan dalam keadaan krisis/krisis di Trauma center atau Unit Gawat Darurat.

c. Mengusahakan Keamanan Obat Yang Harus Diwaspadai (PMK No 11, 2017)

Jika obat penting untuk rencana perawatan pasien, pemberian yang sah sangat penting atau penting untuk menjamin kesejahteraan atau keselamatan pasien. Obat *full alert* adalah obat yang mempunyai tingkat penyebab blunder yang tinggi, obat penenang yang mempunyai resiko tinggi menimbulkan efek sekunder yang tidak diinginkan (hasil yang tidak diinginkan) serta obat yang sebanding/sama dalam pengucapan (Nama). Obat, jenis atau struktur dan pengucapan sama). Daftar obat-obatan yang benar-benar harus diketahui tersedia di *World Health Organization*, sering disebut dalam masalah keamanan obat yaitu konsentrat elektrolit.

- d. Menjamin Benar Prosedur Medis, Teknik Yang Benar, Prosedur Medis yang Tepat (PMK No 11, 2017)

Salah area, salah strategi, salah memahami prosedur medis, adalah kejadian-kejadian menegangkan yang sering terjadi di ruang perawatan medis. Kesalahan-kesalahan ini disebabkan oleh komunikasi yang tidak efektif atau kurang antara individu-individu dari kelompok yang cermat, tidak adanya atau tidak termasuk pasien dalam pemeriksaan lokasi atau disebut penandaan lokasi, dan kekurangan metode untuk mengkonfirmasi area lokasi. Terlebih lagi, evaluasi pasien yang kurang, survei catatan klinis yang tidak memadai, budaya yang tidak menjunjung tinggi komunikasi yang terbuka antara rekan kerja, masalah yang biasanya terkait dengan tulisan tangan yang tidak jelas dan penggunaan singkatan-singkatan yang sering kali menjadi variabel yang berkontribusi terjadi nya kesalahan. Rumah Sakit perlu secara kooperatif mendorong adanya pengaturan atau kebijakan yang menarik dalam menghilangkan masalah yang mengkhawatirkan.

- e. Mengurangi Resiko Infeksi Penyakit Karena Perawatan Medis (PMK No 11, 2017)

Penanggulangan penyakit serta pengendalian kontaminasi atau infeksi sulit bagi tenaga kesehatan dalam pengaturan layanan medis, dan biaya yang membengkak untuk mengelola kontaminasi atau infeksi terkait perawatan medis merupakan masalah mendesak utama bagi pasien

serta pakar layanan medis. Penyakit merupakan hal yang normal dalam semua jenis perawatan medis termasuk infeksi saluran kemih yang berhubungan dengan masalah kateter, infeksi sistem sirkulasi dan pneumonia (sering dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Masalah utama dari penyakit ini dan kontaminasi atau infeksi lainnya adalah kebersihan tangan atau cuci tangan. Aturan kebersihan tangan atau cuci tangan yang di pakai secara universal dapat diperoleh dari World Health Association, kantor layanan medis memiliki siklus kerja sama untuk mengembangkan strategi dan teknik yang menyesuaikan atau merangkul aturan kebersihan tangan atau mencuci tangan yang diakui secara umum untuk menjalankan aturan ini di kantor layanan medis atau rumah sakit.

- f. Mengurangi Resiko Pasien Cedera Karena Jatuh (PMK No 11, 2017).

Jumlah kejadian jatuh adalah bagian penting dari penyebab utama cedera pasien di ruang rawat inap. Berkenaan dengan populasi atau wilayah yang dilayani, administrasi, dan rumah sakit, rumah sakit perlu sesekali menilai resiko pasien jatuh dan harus mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera jika pasien jatuh. Penilaian atau hasil riwayat masa lalu pasien jatuh, obat-obatan dan survei penggunaan obat-obatan dan minuman keras, serta gaya atau cara dan langkah dan keseimbangan pasien, serta bantuan berjalan yang cocok untuk digunakan oleh pasien. Program ini diharapkan dapat menyaring secara tepat efek samping yang direncanakan atau cara-cara yang harus diambil untuk mengurangi jatuh. Misalnya penggunaan perangkat atau alat penghalang yang tidak tepat atau pembatasan pemasukan cairan yang dapat menyebabkan cedera, gangguan aliran, atau elastisitas kulit yang terhambat. Program seperti ini seharusnya dilakukan di Rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya (Ito, 2019)

1.3 Tujuan Program Keselamatan Pasien

Menurut (Ito, 2019) Tujuan dari program keselamatan pasien di rumah sakit (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2008) sebagai berikut:

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
- b. Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- c. Menurunnya kejadian yang tidak diharapkan di rumah sakit
- d. Terlaksananya program pencegahan yang mengakibatkan tidak terjadinya pengulangan kejadian tidak diharapkan.

Sesuai (Adventus, Mahendra and Mertajaya, 2019) tujuan keselamatan pasien secara global adalah:

- a. Membedakan pasien secara akurat (mengenal pasien secara akurat)
- b. Bekerja menggunakan komunikasi yang menarik (menggunakan komunikasi yang layak)
- c. Bekerja untuk mencapai kesejahteraan pasien, bekerja dengan waspada penuh
- d. mengurangi kesalahan tempat, salah pasien, salah strategi prosedur medis
- e. Kurangi kontaminasi terkait layanan medis
- f. Kurangi resiko pasien dari jatuh

1.4 Insiden Keselamatan Pasien

Kejadian atau insiden dicitrakan sebagai kejadian dan kondisi yang tidak terduga yang mengakibatkan atau mungkin dapat menyebabkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (Ito, 2019). Beberapa pemahaman tentang kejadian keselamatan pasien antara lain:

- a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)
Kejadian Tidak Diharapkan yaitu insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)
Kejadian Nyaris Cedera adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien
- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC)
Kejadian Tidak Cedera mempunyai arti insiden yang sudah terpapar ke pasien, akan tetapi tidak timbul cedera.
- d. Kejadian Potensial Cedera (KPC)
Kejadiann Potensial Cedera adalah dimana kondisi yang sangat potensial untuk menimbulkan cedera, tetapi insiden belum terjadi.
- e. Kejadian Sentinel
Kejadian Sentinel adalah suatu kejadian tidak di harapkan yang mengakibatkan kematian atau bisa juga cedera yang serius (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015).

1.5 Tujuh Prinsip Menuju Keselamatan Pasien

Klinik medis atau rumah sakit harus membuat siklus baru dan bekerja pada siklus yang ada, menyaring dan menilai melalui berbagai informasi, secara serius merinci kejadian dan membuat perubahan untuk lebih mengembangkan keamanan pasien. Interaksi rencana mengacu pada visi, misi dan tujuan klinik medis atau rumah sakit, kebutuhan pasien, tenaga medis, pedoman klinis terbaru, kebijakan strategis yang solid dan berbagai elemen yang memiliki kemungkinan bahaya bagi pasien (Ito, 2019). Dalam melaksanakan Pedoman Keamanan Pasien, klinik gawat darurat melakukan 7 (tujuh) upaya menuju kesejahteraan atau keselamatan pasien di klinik atau rumah sakit, yaitu sebagai berikut (PMK No 11, 2017):

Langkah Penerapan menurut (Adventus, Mahendra and Mertajaya, 2019)

1. Di Rumah Sakit

Klinik darurat atau rumah sakit harus menjamin bahwa memiliki strategi yang di buat atau apa yang harus dilakukan staf setelah suatu kejadian atau insiden terjadi, langkah pengumpulan data apa yang harus diambil dan dukungan apa yang harus diberikan kepada staf, pasien dan keluarga.

- a. Menjamin bahwa asosiasi atau rumah sakit memiliki strategi yang mencirikan pekerjaan dan tanggung jawab individu jika terjadi suatu kejadian atau adanya insiden .
 - b. Mendorong budaya laporan dan memperoleh dari adanya insiden atau kejadian yang terjadi di klinik darurat atau di rumah sakit.
 - c. Lakukan evaluasi menggunakan tinjauan evaluasi keamanan atau keselamatan pasien
2. Di Tim / Unit
- a. Menjamin rekan kerja dapat mendiskusikan masalah dan akan melaporkan setiap kejadian atau insiden.
 - b. Menunjukkan kepada kelompok atau unit tindakan yang harus digunakan di klinik gawat darurat / rumah sakit untuk menjamin semua laporan dibuat secara transparan dan ada pengalaman pendidikan dan pelaksanaan kegiatan atau pengaturan yang sesuai.
 - a) Memimpin dan mendukung staf atau petugas Membangun komitmen dan juga fokus yang kuat serta jelas tentang Keselamatan Pasien dirumah sakit.
Langkah–langkah Penerapan yang harus di lakukan:
 - 1) Di Rumah Sakit
 - a. Memastikan adanya anggota Direksi atau Pimpinan yang bertanggung jawab untuk Keselamatan Pasien
 - b. Mengidentifikasi tiap bagian rumah sakit, orang yang dapat diandalkan menjadi “penggerak” dalam gerakan Keselamatan Pasien
 - c. Memprioritaskan Keselamatan Pasien dan masuk menjadi agenda rapat Direksi atau Pimpinan maupun rapat terkait manajemen rumah sakit
 - d. Memasukkan Keselamatan Pasien pada semua program latihan staf atau petugas

rumah sakit dan memastikan pelatihan dapat diikuti dan diukur efektivitasnya.

2) Di Tim / Unit

Mencari “penggerak” dalam tim untuk memimpin Gerakan Keselamatan Pasien

- a. Menjelaskan kepada tim hubungan atau sangkut paut dan pentingnya serta manfaat untuk mereka dengan menjalankan gerakan Keselamatan Pasien
- b. Menumbuhkan sikap kepahlawanan yang menghargai pelaporan insiden.

b) Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko

Mengembangkan sistem juga proses pengelolaan risiko, serta melakukan identifikasi dan asesmen hal – hal yang memiliki potensi bermasalah

Langkah – langkah Penerapannya

1) Di Rumah Sakit

- a. Survei konstruksi dan siklus saat ini dalam manajemen resiko klinis dan non-klinis, dan jamin bahwa itu dapat menggabungkan dan dikoordinasikan dengan Keamanan atau keselamatan Pasien dan staf.
- b. Menumbuhkan tanda-tanda indikator kinerja yang dapat diamati oleh kepala atau pimpinan di klinik medis atau rumah sakit.
- c. Memanfaatkan data yang benar dan jelas yang diperoleh dari fakta kejadian atau insiden dan selanjutnya penilaian risiko untuk memiliki pilihan untuk memilih reaksi untuk meningkatkan rasa peduli terhadap sesama pasien.

2) Di Tim / Unit

- a. Membentuk forum di rumah sakit guna mendiskusikan isu Keselamatan Pasien

untuk memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait

- b. Memastikan adanya penilaian risiko pada pasien dalam proses asesmen risiko di rumah sakit
- c. Melakukan proses asesmen risiko secara berkala, guna menentukan kecocokan setiap risiko, dan mengambil langkah yang cocok untuk memperkecil risiko.
- d. Memastikan hasil penilaian risiko disampaikan sebagai masukan untuk proses asesmen dan pencatatan risiko di rumah sakit

c) Mengembangkan sistem pelaporan

Memastikan staf atau petugas bisa melaporkan insiden atau kejadian, dan untuk rumah sakit mengatur pelaporan.

Langkah – langkah Penerapan

1) Di Rumah Sakit

- a. Melengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam ataupun ke luar, yang wajib dilaporkan ke Komite Nasional Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

2) Di Tim / Unit

- a. Memberikan semangat untuk teman satu tim agar aktif melaporkan setiap insiden yang terjadi serta insiden yang sudah dicegah tetapi masih terjadi, hal tersebut bisa menjadi bahan pelajaran yang penting untuk Komite Nasional Keselamatan Pasien di Rumah Sakit.

d) Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien

Mengembangkan cara berkomunikasi yang terbuka dengan pasien.

Langkah – langkah Penerapan

1) Di Rumah Sakit

- a. Memastikan rumah sakit mempunyai kebijakan yang jelas dan menjabarkan cara berkomunikasi terbuka selama proses asuhan terkait insiden kepada para pasien dan keluarganya.
- b. Memastikan pasien dan juga keluarga pasien mendapatkan informasi yang tepat dan jelas seandainya terjadi insiden.
- c. Memberikan dukungan, memberikan pelatihan dan juga memberikan dorongan serta semangat kepada staf atau petugas agar terbuka kepada pasien dan juga keluarga pasien.

2) Di Tim / Unit

- a. Memastikan tim menghargai dan juga mendukung keterlibatan pasien dan keluarga pasien jika terjadi insiden.
- b. Memprioritaskan pemberitahuan kepada pasien juga keluarganya seandainya terjadi insiden, segera berikan kepada mereka informasi yang jelas juga benar secara tepat dan akurat.
- c. Memastikan secepat mungkin setelah terjadi kejadian, tim menunjukkan rasa empati kepada pasien dan keluarga.

e) Belajar dan berbagi pengalaman terkait keselamatan pasien

Mendorong staf atau petugas guna melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana serta mengapa kejadian bisa muncul.

Langkah – Langkah Penenrapan

1) Di Rumah Sakit

- a. Memastikan staf atau petugas terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara benar, yang dapat di pakai untuk mengidentifikasi adanya penyebab.

- b. Mengembangkan kebijakan- kebijakan yang menjelaskan secara jelas kriteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah atau (*root cause analysis/RCA*) yang mencakup insiden yang terjadi dan minimal satu kali satu tahun melakukan *Failure Modes and Effects Analysis* (FMEA) untuk proses risiko tinggi.

2) Di Tim / Unit

- a. Mendiskusikan dalam tim pengalaman hasil dari analisis insiden.
- b. Mengidentifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak di masa akan datang dan berbagi pengalaman secara luas.

f) Mencegah cedera melewati implementasi sistem keselamatan pasien

Menggunakan informasi yang ada tentang masalah atau kejadian untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

Langkah – langkah Penenrapan

1) Di Rumah Sakit

- a. Menggunakan informasi yang benar dan jelas yang didapatkan dari sistem pelaporan, asesmen risiko, telaah insiden, dan juga audit serta pengamatan, guna memilih solusi yang tepat.
- b. Solusi ini termasuk penjabaran ulang sistem dalam hal ini struktur dan juga proses, penyesuaian pelatihan staf atau kegiatan klinis, termasuk yaitu penggunaan instrumen untuk menjamin keselamatan pasien.
- c. Melakukan asesmen risiko untuk semua perubahan yang akan direncanakan.
- d. mensosialisasikan solusi atau jalan keluar yang dikembangkan oleh Komite Nasional Keselamatan Pasien di Rumah Sakit.

- e. memberi umpan balik kepada staf atau petugas terkait semua tindakan atau intervensi yang diambil untuk insiden yang dilaporkan.
- 2) Di Tim / Unit
- a. melibatkan tim atau unit dalam mengembangkan macam-macam cara untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman atau *safety*.
 - b. menelaah lagi perubahan apa saja yang dibuat oleh tim atau unit dan memastikan pelaksanaannya
 - c. memastikan tim atau unit menerima umpan balik pada setiap tindak lanjut terkait insiden yang dilaporkan.

1.6 Isu, Elemen Dan Akar Penyebab Kesalahan Yang Paling Umum Dalam *Patient Safety*

1. Lima isu terkait *Patient Safety* (*hospital risk*)
 - a. Keselamatan pasien;
 - b. Keselamatan pekerja (tenaga kesehatan);
 - c. keselamatan fasilitas (misalnya bangunan dan peralatan)
 - d. keselamatan lingkungan
 - e. keselamatan bisnis
2. Elemen terkait *Patient Safety*
 - a. adanya sebuah kejadian obat yang merugikan atau kesalahan ADE/resep (ME)
 - b. Pembatasan penggunaan juga disebut kontrol pemanfaatan
 - c. Kontaminasi infeksi nosokomial disebut juga penyakit infeksi nosokomial
 - d. Ulkus tekan atau borok
 - e. Administrasi Keamanan Item Darah
 - f. Keamanan produk darah
 - g. Resistensi antimikroba atau obstruksi antimikroba
 - h. Program vaksinasi atau program inokulasi

- i. Kejadian Pasien jatuh
 - j. Perawatan kateter, pembuluh darah, regangan darah
 - k. Survei yang efisien, tindak lanjut, dan pengumuman laporan kelanjutan pasien.
3. *Most Common Root Causes of Errors* atau di kenal dengan Akar Penyebab Kesalahan yang Paling Umum terjadi
- a. Masalah korespondensi atau komunikasi terkait bagaimana cara kita berkomunikasi atau penerimaan dari komunikasi yang di sampaikan.
 - b. Arus informasi yang tidak memadai bisa dari data kurang atau aliran data tidak mencukupi.
 - c. Masalah manusia.
 - d. Masalah terkait pasien.
 - e. Pertukaran informasi hierarkis atau perpindahan informasi otoritatif atau pertukaran terkait pengetahuan.
 - f. Pola kepegawaian/proses atau alur kerja.
 - g. Kegagalan atau kesalahan teknis.
 - h. Kurangnya pendekatan dan prosedur.
- [AHRQ (*Agency for Health care Research and Quality*) *Publication*, 2003] dalam (Adventus, Mahendra and Mertajaya, 2019).

1.7 Standar Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit

Menurut (Adventus, Mahendra and Mertajaya, 2019)

a. Standar 1. Hak pasien

Pasien dan keluarga mereka memiliki pilihan untuk memperoleh data melihat pengaturan serta hasil dan administrasi yang mungkin diingat untuk kasus ini, khususnya kemungkinan kejadian tak terduga.

Kriterianya sebagai berikut:

- 1) Harus memiliki spesialis yang bertanggung jawab untuk pelayanan
- 2) Spesialis yang bertanggung jawab atas bantuan harus membuat atau memiliki rencana bantuan

- 3) Dokter spesialis yang bertanggung jawab atas pertolongan wajib dan harus memberikan penjelasan yang jelas, pasti, benar dan tepat kepada pasien dan keluarganya dengan melihat pengaturan serta akibat dari pemberian, pengobatan dan metode bagi pasien, termasuk kemungkinan tidak di harapkan.
- b. Standar II. Mendidik pasien serta keluarga.
- Klinik atau rumah sakit harus mengajarkan pasien dan keluarganya tentang komitmen dan kewajiban pasien dalam memahami asuhan keperawatan pasien. Kesejahteraan atau keselamatan pasien dalam memberikan bantuan dapat ditingkatkan dengan mengikutsertakan pasien menjadi *partner* dalam siklus bantuan. Klinik medis atau rumah sakit harus memiliki kerangka kerja dan komponen untuk mengajar pasien dan keluarganya tentang komitmen dan kewajiban pasien dalam memahami pertimbangan.
- Kriteria nya adalah:
- 1) Memberikan data yang benar, jelas, lengkap, sah dan tepat.
 - 2) Mengetahui komitmen dan kewajiban pasien dan keluarganya.
 - 3) Mengajukan pertanyaan yang tidak di ketahui.
 - 4) Memahami dan mengakui hasil administrasi.
 - 5) menghargai adanya petunjuk dan selanjutnya perhatikan pedoman di klinik darurat.
 - 6) Tunjukkan sikap dan rasa hormat dan memiliki perasaan empati.
 - 7) Memenuhi komitmen keuangan yang disetujui oleh kedua pihak.
- c. Standar III. Keselamatan Pasien dan Kesiambungan atau kelanjutan Pelayanan.
- Klinik medis atau rumah sakit memastikan kemajuan atau kesesuaian administrasi dan menjamin koordinasi antara petugas kesehatan dan antar unit administrasi.
- Kriterianya adalah:

- 1) Memiliki ketangkasan pertolongan secara umum sejak pasien masuk, pasien melakukan pengkajian, penyusunan kesimpulan, penyusunan administrasi, serta kegiatan pengobatan, rujukan pasien dan saat pasien meninggalkan klinik atau ruang gawat darurat.
 - 2) Memiliki sinkronisasi administrasi yang telah disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan lebih jauh lagi ketercapaian aset pada premis kontinu sehingga pada akhirnya semua tahapan pertukaran administrasi antar unit administrasi dapat berjalan dengan baik dan mudah.
 - 3) Memiliki keterampilan administrasi termasuk mengembangkan lebih lanjut komunikasi untuk bekerja dengan dukungan keluarga, administrasi keperawatan, administrasi sosial, pertemuan dan referensi, serta administrasi keselamatan esensial dan pengembangan lainnya.
 - 4) Memiliki komunikasi dan perpindahan data antar panggilan kesehatan sehingga interaksi koordinasi dapat dilakukan dengan praktis tanpa hambatan, aman dan lebih aktif.
- d. Standar IV: Klinik medis atau rumah sakit diharapkan untuk mengonfigurasi siklus baru atau bekerja pada siklus yang ada, menyaring dan menilai pelaksanaan melalui pengumpulan informasi, penyelidikan serius atau sungguh-sungguh, dan selanjutnya melakukan perubahan untuk lebih mengembangkan pelaksanaan dan keamanan pasien.

Kriteria nya meliputi:

- 1) Setiap poliklinik gawat darurat atau rumah sakit diharapkan menyelesaikan proses persiapan atau mediasi yang layak, mengacu pada visi, misi, dan lebih jauh lagi tujuan klinik, kebutuhan pasien dan tenaga pelayanan medis, prinsip klinis terkini, kebijakan strategis yang sehat dan elemen berbeda yang mungkin dapat mengambil risiko dengan pasien sesuai "bergerak menuju keamanan

atau keselamatan pasien di klinik darurat atau di rumah sakit".

- 2) Setiap klinik kesehatan harus mengumpulkan informasi pelaksanaan, antara lain terkait dengan: perincian kejadian atau insiden, otorisasi, risiko pelaksana, penggunaan, kualitas administrasi, keuangan.
 - 3) Setiap klinik harus memimpin penilaian semua kejadian tidak di inginkan /kejadian nyaris cedera, dan secara proaktif menilai rangkaian kasus berisiko tinggi.
 - 4) Setiap klinik gawat darurat atau rumah sakit harus menggunakan semua informasi dan data dari pemeriksaan untuk memutuskan perubahan kerangka kerja yang penting, sehingga pelaksanaan pemahaman dan kesehatan dapat dipastikan.
- e. Standar V. Peran Kepemimpinan Dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien.
- 1) Ketua atau Pimpinan mendukung dan menjamin terselenggaranya program keamanan pasien yang terkoordinasi di lingkungan asosiasi melalui pelaksanaan "7 tahapan menuju kesejahteraan pasien di rumah sakit".
 - 2) Ketua atau pimpinan menjamin bahwa ada program proaktif untuk membedakan bahaya pasien dan proyek untuk meredam atau mengurangi kejadian tidak di inginkan atau kejadian nyaris cedera.
 - 3) Ketua atau pimpinan memberi energi dan mendorong korespondensi atau komunikasi dan koordinasi antar unit dan orang-orang yang terhubung dengan tim keamanan pasien.
 - 4) Ketua atau pimpinan membagi aset yang cukup untuk mengukur, mengaudit dan mengembangkan lebih lanjut pelaksanaan klinik darurat atau rumah sakit dan bekerja untuk memahami keselamatan pasien.

- 5) Ketua atau pimpinan mengukur dan mensurvei kelayakan komitmen dalam mengembangkan lebih lanjut pelaksanaan klinik darurat atau rumah sakit dan keselamatan pasien.

Kriteria:

- a) Ada kelompok interdisipliner untuk menangani program keamanan pasien.
- b) Ada program proaktif untuk mengenali bahaya dan program untuk membatasi kejadian atau insiden, yang mencakup berbagai peristiwa yang memerlukan pertimbangan, mulai dari KNC/Kejadian Nyaris Cedera hingga KTD/Kejadian Tidak Diinginkan (efek samping).
- c) Ada sistem yang berfungsi untuk menjamin bahwa semua bagian klinik terkoordinasi dan mengambil bagian dalam program keselamatan pasien.
- d) Ada metode "reaksi cepat" untuk setiap insiden, termasuk perawatan untuk pasien yang terkena bencana, membatasi bahaya pada orang lain dan menyampaikan data yang benar dan jelas untuk tujuan penyelidikan.
- e) Aksesibilitas komponen pengumuman di dalam dan luar terkait dengan kejadian termasuk pengaturan data yang benar dan jelas tentang *Root Cause Analysis* (RCA) yang mendasari ketika program kesejahteraan atau keselamatan pasien mulai dijalankan.
- f) Ada sistem yang diatur untuk mengelola berbagai jenis kejadian atau insiden atau latihan proaktif untuk membatasi peluang, termasuk komponen untuk membantu staf terkait dengan kejadian atau adanya insiden.
- g) Ada upaya terkoordinasi dan korespondensi atau komunikasi terbuka yang disengaja antar unit dan antara kepala administrasi di dalam klinik Gawat Darurat atau rumah sakit dengan interdisipliner.

- h) Aksesibilitas aset dan kerangka data yang diperlukan dalam latihan dan perbaikan pelaksanaan klinik medis.
 - i) Kesejahteraan atau keselamatan pasien, termasuk penilaian sesekali tentang kecukupan aset ini.
 - j) Aksesibilitas target terukur dan pengumpulan data dengan menggunakan standar objektif untuk menilai kelayakan pengembangan lebih lanjut pelaksanaan klinik darurat dan keamanan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan pelaksanaannya.
- f. Standar VI. Mendidik Staf Tentang Keselamatan Pasien.
- 1) Klinik atau rumah sakit memiliki instruksi, persiapan, dan arahan untuk setiap posisi yang menggabungkan hubungan yang jelas antara posisi dan keamanan atau keselamatan pasien.
 - 2) Klinik medis atau rumah sakit mengkoordinasikan sekolah berkelanjutan bagi tenaga kesehatan dan mempersiapkan proyek untuk meningkatkan dan mengikuti keterampilan staf dan mendukung cara interdisipliner untuk menangani pasien.
 - 3) Setiap klinik gawat darurat atau rumah sakit harus memiliki instruksi, persiapan dan program arahan untuk staf.
 - 4) tema baru yang berisi keamanan atau keselamatan pasien sesuai kewajiban masing-masing.
- Kriteria:
- a) Setiap klinik gawat darurat atau rumah sakit harus memiliki program pendidikan, persiapan dan pengarahan bagi staf baru yang mengingat poin-poin untuk kesejahteraan pasien sebagaimana ditunjukkan oleh kewajiban khusus mereka.
 - b) Setiap klinik gawat darurat atau rumah sakit harus mengkoordinir subjek keamanan

atau keselamatan pasien di setiap administrasi dalam mempersiapkan tindakan dan memberikan aturan yang jelas tentang pengungkapan kejadian.

- c) Setiap klinik medis atau rumah sakit harus mengatur persiapan pada banyak upaya terkoordinasi untuk membantu interdisipliner dan kooperatif dalam melayani pasien.
- g. Standar VII. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.
 - 1) Klinik darurat atau rumah sakit merencanakan data keselamatan pasien, serta interaksi untuk memenuhi kebutuhan informasi data dalam dan luar.
 - 2) Transmisi informasi dan data harus ideal dan tepat.

Kriteria:

 - a) Penting untuk memberikan rencana keuangan untuk merencanakan administrasi untuk mendapatkan informasi dan data tentang masalah yang berhubungan dengan kesejahteraan atau keselamatan pasien.
 - b) Ada instrumen untuk mengenali masalah dan hambatan korespondensi atau komunikasi untuk mempertimbangkan kembali data yang ada.

DAFTAR PUSTAKA

- Adventus, Mahendra, D. and Mertajaya, I. M. 2019. *Modul Manajemen Pasien Safety*. BMP.UKI:AM. Jakarta: Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Vokasi UKI Jakarta.
- Ito, R. L. J. 2019. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Identifikasi Dalam Patient Safety Dengan Pelaksanaannya Di Ruang Rawat Inap RSUD SK.Lerik Kupang*. Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
- Sriningsih, N. and Marlina, E. 2020. 'PENGETAHUAN PENERAPAN KESELAMATAN PASIEN (PATIENT SAFETY) PADA PETUGAS KESEHATAN', *Jurnal Kesehatan*, 9(1). doi: 10.37048/kesehatan.v9i1.120.
- Triwibowo, C., Yuliawati, S. and Husna, N. A. 2016. 'Handover Sebagai Upaya Peningkatan Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di Rumah Sakit', *The Soedirman Journal Of Nursing*, 11(2), pp. 76–80.

BAB 2

LANGKAH PELAKSANAAN KESELAMATAN PASIEN

Oleh Noviyati Rahardjo Putri

2.1 Pendahuluan

Keselamatan pasien rumah sakit merupakan suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Dalam menerapkan standar keselamatan pasien, rumah sakit merancang proses untuk mengawasi dan mengevaluasi kinerja secara reguler melalui rangkaian kegiatan pengumpulan data, menganalisis terhadap suatu insiden, dan melakukan perubahan/tindak lanjut untuk meningkatkan kinerja dan keselamatan pasien.

Pelaksanaan keselamatan pasien membutuhkan serangkaian langkah yang terhimpun dalam Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Rancangan kegiatan tersebut harus mengacu pada visi, misi, tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, kaidah klinis serta faktor lainnya. Dalam bab ini akan dibahas terkait dengan Tujuh Langkah Pelaksanaan Kesehatan Pasien yang sesuai dengan Permenkes Nomor 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

2.2 Langkah Keselamatan Pasien

Uraian Tujuh Langkah Keselamatan Pasien Rumah Sakit antara lain (Kementerian Kesehatan, 2011):

2.2.1 Membangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien

Tujuan langkah pertama adalah menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil. Langkah penerapannya antara lain:

a. Bagi Rumah Sakit

Rumah sakit harus mempunyai kebijakan dan peraturan yang mengatur tentang insiden yang terjadi di rumah sakit meliputi; tindakan awal yang dilakukan, langkah

pengumpulan data, fakta lapangan dan dukungan/ tindak lanjut pada staf, pasien dan keluarga.

1. Pastikan rumah sakit Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan peran dan akuntabilitas individual bilamana ada insiden.
 - Akuntabilitas individu diartikan sebagai kewajiban pihak untuk memberikan pertanggungjawaban berupa menyajikan, melaporkan, dan mengungkapkan segala kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya kepada pemberi tanggung jawab (pimpinan).
 - Adanya deskripsi tentang peran dan kesadaran pribadi atas tanggung jawab tentang keselamatan pasien akan mendorong terlaksananya Keselamatan Pasien.
2. Tumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden yang terjadi di rumah sakit
3. Lakukan asesmen dengan menggunakan survei penilaian keselamatan pasien.
 - Terdapat tiga instrumen yang sering digunakan dalam pengukuran budaya keselamatan pasien antara lain; *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC), *Manchester Patient Safety Assessment Framework* (MaPSaF) dan *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ).
 - HSOPSC merupakan instrumen untuk merencanakan, mengevaluasi program dan meningkatkan budaya keselamatan pasien.
 - Nilai lebih dari instrumen HSOPSC yaitu menilai budaya yang ada di tingkat terkecil yaitu individu, unit kerja sampai dengan institusi/ fasilitas tersebut.
 - Tiga area pengukuran pada instrumen ini adalah mengukur budaya keselamatan pasien di tingkat unit kerja, eksplorasi aspek budaya keselamatan pasien dan hasil budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Sedangkan jumlah kuesioner yang ada adalah 12 dimensi.

- MaPSaF merupakan instrumen untuk merefleksikan pengembangan budaya keselamatan pasien.
- Kuesioner terdiri dari 10 dimensi pengukuran dan 24 aspek penerapan pengukuran kualitatif.
- Keunggulan kuesioner adalah untuk mengeksplorasi tingkat kematangan budaya keselamatan pasien dengan kuesioner yang dikombinasikan dalam bentuk kualitatif.
- Instrumen MaPSaF menggambarkan 4 tingkat kematangan budaya keselamatan pasien, yaitu patologis, reaktif, birokratis, proaktif dan generatif.
- MaPSaF dapat dilakukan pada tingkat individu atau tim/unit di institusi pelayanan kesehatan.

b. Bagi Tim/ Unit Keselamatan Pasien

1. Pastikan rekan sekerja anda merasa mampu untuk berbicara mengenai kepedulian mereka dan berani melaporkan bilamana ada insiden.
 - Semua jenis insiden yang terjadi di fasilitas kesehatan dilakukan pelaporan meliputi; Kejadian Nyaris Cedera / KNC (*Near miss*), Kejadian Tidak Cedera/KTC (*No Harm*), Kejadian Tidak diharapkan / KTD (*Adverse Event*) / Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*).
 - Semua insiden dilaporkan pada tim/ komite/ unit Keselamatan Pasien maksimal 2 x 24 jam.
2. Demonstrasikan kepada tim anda ukuran-ukuran yang dipakai di rumah sakit anda untuk memastikan semua laporan dibuat secara terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan/solusi yang tepat.

2.2.2 Memimpin Dan Mendukung Staf

Membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang Keselamatan Pasien di rumah sakit. Langkah penerapan antara lain:

- a. Bagi Rumah Sakit
 1. Pastikan ada anggota Direksi atau Pimpinan yang bertanggung jawab atas Keselamatan Pasien
 2. Identifikasi di tiap bagian rumah sakit, orang-orang yang dapat diandalkan untuk menjadi “penggerak” dalam gerakan Keselamatan Pasien
 3. Prioritaskan Keselamatan Pasien dalam agenda rapat Direksi/Pimpinan maupun rapat-rapat manajemen rumah sakit
 4. Masukkan Keselamatan Pasien dalam semua program latihan staf rumah sakit anda dan pastikan pelatihan ini diikuti dan diukur efektivitasnya
- b. Bagi Tim/ Unit Keselamatan Pasien
 1. Nominasikan “penggerak” dalam tim anda sendiri untuk memimpin Gerakan Keselamatan Pasien
 2. Jelaskan kepada tim anda relevansi dan pentingnya serta manfaat bagi mereka dengan menjalankan gerakan Keselamatan Pasien
 3. Tumbuhkan sikap ksatria yang menghargai pelaporan insiden.

Kepemimpinan merupakan seni untuk mengkoordinasikan dan memberikan dorongan, motivasi ke individu atau kelompok untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Sahadi *et al.*, 2020). Peran pemimpin Rumah Sakit/ fasilitas kesehatan dalam Program Keselamatan Pasien adalah untuk mendorong dan menciptakan suasana dalam tim untuk sadar dan bergerak dalam Program Keselamatan Pasien.

2.2.3 Mengintegrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko

Mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah.

Langkah penerapan :

- a. Bagi Rumah Sakit
 1. Telaah kembali struktur dan proses yang ada dalam manajemen risiko klinis dan nonklinis, serta pastikan

- hal tersebut mencakup dan terintegrasi dengan Keselamatan Pasien dan staf;
2. Kembangkan indikator-indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko yang dapat dimonitor oleh direksi/pimpinan rumah sakit;
 3. Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk dapat secara proaktif meningkatkan kepedulian terhadap pasien.
- b. Bagi Tim/ Unit Keselamatan Pasien
1. Bentuk forum-forum dalam rumah sakit untuk mendiskusikan isu-isu Keselamatan Pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait;
 2. Pastikan ada penilaian risiko pada individu pasien dalam proses asesmen risiko rumah sakit;
 3. Lakukan proses asesmen risiko secara teratur, untuk menentukan akseptabilitas setiap risiko, dan ambillah langkah-langkah yang tepat untuk memperkecil risiko tersebut;
 4. Pastikan penilaian risiko tersebut disampaikan sebagai masukan ke proses asesmen dan pencatatan risiko rumah sakit.

2.2.4 Mengembangkan Sistem Pelaporan

Memastikan staf dapat melaporkan kejadian/insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

Langkah penerapan :

- a. Bagi Rumah Sakit
Lengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar, yang harus dilaporkan ke Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
- b. Bagi Tim/ Unit Keselamatan Pasien
Berikan semangat kepada rekan sekerja anda untuk secara aktif melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah tetapi tetap terjadi juga, karena mengandung bahan pelajaran yang penting.

2.2.5 Melibatkan Dan Berkomunikasi Dengan Pasien

Mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.

Langkah penerapan :

a. Bagi Rumah Sakit

1. Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang secara jelas menjabarkan cara-cara komunikasi terbuka selama proses asuhan tentang insiden dengan para pasien dan keluarganya.
2. Pastikan pasien dan keluarga mereka mendapat informasi yang benar dan jelas bilamana terjadi insiden.
3. Berikan dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarganya.

b. Bagi Tim/ Unit Keselamatan Pasien

1. Pastikan tim anda menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila telah terjadi insiden.
2. Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bilamana terjadi insiden, dan segera berikan kepada mereka informasi yang jelas dan benar secara tepat
3. Pastikan, segera setelah kejadian, tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya.

2.2.6 Belajar Dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien

Mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.

Langkah penerapan :

a. Bagi Rumah Sakit

1. Pastikan staf yang terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab.
2. Kembangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas criteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah (*root cause analysis/RCA*) yang mencakup insiden yang terjadi dan

minimum satu kali per tahun melakukan *Failure Modes and Effects Analysis* (FMEA) untuk proses risiko tinggi

b. Bagi Tim/ Unit Keselamatan Pasien

1. Diskusikan dalam tim anda pengalaman dari hasil analisis insiden.
2. Identifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak di masa depan dan bagilah pengalaman tersebut secara lebih luas.

2.2.7 Mencegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien

Menggunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan. Langkah penerapan :

a. Bagi Rumah Sakit

1. Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden, dan audit serta analisis, untuk menentukan solusi setempat.
2. Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan/atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien.
3. Lakukan asesmen risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan.
4. Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
5. Beri umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden yang dilaporkan.

b. Bagi Tim/ Unit Keselamatan Pasien

1. Libatkan tim anda dalam mengembangkan berbagai cara untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman.
2. Telaah kembali perubahan-perubahan yang dibuat tim anda dan pastikan pelaksanaannya.
3. Pastikan tim anda menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan.

Tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit merupakan panduan yang komprehensif untuk menuju keselamatan pasien, sehingga tujuh langkah tersebut secara menyeluruh harus dilaksanakan oleh setiap rumah sakit. Dalam pelaksanaan, tujuh langkah tersebut tidak harus berurutan dan tidak harus serentak. Pilih langkah-langkah yang paling strategis dan paling mudah dilaksanakan di rumah sakit. Bila langkah-langkah ini berhasil maka kembangkan langkah-langkah yang belum dilaksanakan. Bila tujuh langkah ini telah dilaksanakan dengan baik rumah sakit dapat menambah penggunaan metoda-metoda lainnya

DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan. 2011. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/ Menkes/ Per/ VIII/ 2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit*.
- Sahadi, Husni Taufiq, O., & Kusumah Wardani, A. 2020. Karakter Kepemimpinan Ideal Dalam Organisasi. *Jurnal MODERAT*, 6(3).

BAB 3

PERAN PERAWAT DALAM PASIEN SAFETY

Oleh Lamria Situmeang

3.1 Pendahuluan

Rumah sakit wajib melaksanakan Keselamatan pasien/klien yang merupakan sistem untuk pelaksanaan keselamatan pasien maka dirumah sakit harus membuat asuhan pasien agar saat pasien mendapatkan pelayanan di Rumah Sakit Pasien merasakan aman dan nyaman . Dalam hal ini Keselamatan Pasien sebagai Sistem dilakukan untuk penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan pasien koma, pelaporan dan analisis accident, kemampuan belajar dari accident dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk mengurangi terjadinya suatu resiko yang tidak di inginkan atau tidak di harapkan (Dep Kes RI, 2006). Maka tenaga kesehatan punya tanggung jawab dalam menjalankan atau memberikan pelayanan kesehatan terkait dengan Keselamatan pasien (*patient safety*) seperti salah satunya perawat sebagai tenaga kesehatan dalam rangka mengurangi fenomena medicalerror.

Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan yang memberikan Asuhan Keperawatan bagi Pasien di Rumah Sakit dalam pelayanan nya mempunyai waktu kontak yang lebih lama dengan pasien selama 24 jamjika di dibandingkan dengan tenaga kesehatan lainnya maka dengan waktu yang lama kontak dengan pasien tidak menutup kemungkina akan terjadi suatu insiden atau medical error yang lebih tinggi yang dilakukan oleh seorang perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Sehingga seorang perawat dalam menjalankan tugas pelayanan perlu memahami tentang konsep patient safety, sehingga pada saat melakukan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, penetapan diagnose keperawatan,

intervensi, melakukan tindakan serta evaluasi tidak terjadi *medical error*.

3.2 Pengertian Peran Perawat

Peran perawat didefinisikan seluruh kewajiban yang di punyai oleh seorang perawat didalam menjalankan fungsi dan kerja nya yang sesuai dengan keahlian yang di punyai seorang perawat. (Gledis, 2016).

Kalau menurut dari ahli kesehatan tahun 1989 Peran perawat merupan seseorang yang berprofesi perawat dalam memberikan pelayanan Asuhan Keperawatan yaitu seorang perawat bisa menjadi pemberi asuhan keperawatan, advokad pasien, pendidik, koordinator, konsultan, dan peneliti yang dapat digambarkan sebagai berikut (Hidayat, 2008) :

3.2.1 Beberapa Peran Seorang Perawat

Ada beberpa Peran Perawat dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya sebagai profesi Keperawatan antara lain yaitu :

1. Peran Perawat Pelaksana

Perawat berperan sebagai seorang yang memberikan pelayanan asuhan keperawatan, perawat harus memperhatikan kebutuhan dasar manusia pasien yang pasien perlukan melalui pendekatan Proses Keperawatan. Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan harus bisa berusaha adil tanpa membedakan – bedakan pasien tanpa melihat satus pasien seperti social budaya, suku dan ras, serta agama. Perawat dalam menjalankan tugas dan kerjanya harus melaksanakannya dengan penuh tanggung jawab sesuai dengan budaya dan keyakinan seorang dengan penuh pekaan dan dan membuat pasien yang dilayanannya meraskan sejahtera. Perawat dalam melaksanakan tugasnya sebagai perawat pelaksana harulah didukung dengan fasilitas penunjang yang memadai, kondisi kuantitas di sesuaikan dengan penempatan perawat yang di butuhkan dan perawat yang melakukan tindakan keperawatan harus dilakukan dengan teliti dan berhati-hati agar tidak terjadi kelalaian

yang dapat menimbulkan kejadian yang tidak diharapkan yang dapat merugikan bagi pasien dan maupun dirinya sendiri sebagai seorang perawat.

Perawat sebagai seorang yang profesional harus bisa menjaga citra perawat lebih ideal sehingga masyarakat bisa menghargai perawat dalam pelayanan maka perawat di bekali dan mempunyai kompetensi memadai dan kemauan yang besar, seorang Perawat harus terampil, cerdas, baik, komunikatif dan dapat menjalankan peran dan fungsinya secara baik yang sesuai dengan kode etik (Sujana, 2009).

2. Peran sebagai advokat pasien.

Peran perawat sebagai Advokasi adalah perawat secara professional harus mampu memberikan pembelaan serta melindungi pasien. Perawat sebagai advokasi bisa memberikan penjelasan sebagai informasi serta bertindak atas nama pasien. Perawat yang berperan sebagai advokasi memiliki tugas untuk memberi informasi, menjadi mediator dan melindungi pasien. Perawat sebagai advokasi sering sekali mengalami hambatan diantara : kepemimpinan dokter, lemahnya dukungan organisasi, kurangnya perhatian terhadap advokasi, jumlah SDM perawat yang masih kurang, keadaan emosional keluarga, tidak memadainya fasilitas penunjang pelayanan dan Kode etik Keperawatan sangat lemah. Selain factor penghambat ada beberapa factor pendukung yakni keadaan dari pasien itu sendiri, pengetahuan yang dimiliki pasien, jenjang pendidikan perawat yang semakin tinggi, tanggung jawab yang dimiliki perawat dan adanya motivasi dari instansi rumah sakit. Perawat sebagai advokasi menolong pasien maupun keluarganya untuk menginterpretasikan informasi yang di dapatkan dan juga informasi lain khususnya dalam pengambilan keputusan persetujuan tindakan perawat saat dilakukan tindakan perawatan. Pasien juga mempunyai privasi yang harus di lindungi terkait penyakitnya seperti contoh seorang pasien yang sedang di rawat rumah sakit di Jawa Tengah yang

mendapatkan tindakan kuretase karna perahan hebat, tubuhnya menggigil, lemas dan mata berkunang-kunang dalam hal ini perawat mengatasi kondisi pasien (Afidah, 2013). Perawat sebagai advokat yaitu harus memberikan informasi sebaik mungkin tentang kondisi pasien dan proses kesembuhannya. Perawat bisa mengarahkan pasien agar menggunakan fasilitas jaminan kesehatan yang ada di rumah sakit agar pasien dapat terbantu biaya pengobatannya. Pasien sangat membutuhkan perlindungan dari perawat ketika seseorang sakit, kekuatan fisik dan mentalnya menurun. Pasien yang dalam kondisi lemah, kritis dan mengalami gangguan membutuhkan seorang advokat yang dapat melindungi kesejahteraannya (Nicoll, 2012).

3. Peran *educator*.

Peran perawat sebagai educator adalah sebagai pendidik klien yang menolong pasien untuk meningkatkan derajat kesehatannya lewat pemberian pengetahuan berhubungan dengan keperawatan dan tindakan medik yang diterima oleh klien/keluarga bisa menerima tanggung jawab terhadap hal yang diketahuinya. Sebagai pendidik, perawat bisa juga memberikan edukasi terhadap kelompok keluarga dengan beresiko tinggi, kader kesehatan, dan lain sebagainya (Hilman, 2013). Perawat sebagai *educator* menolong pasien guna meningkatkan tingkat pengetahuan pasien tentang kesehatan, gejala penyakit dan tindakan yang diterima pasien, sehingga dapat terjadi perubahan perilaku dari pasien sesudah mendapatkan pendidikan kesehatan (Asmadi, 2008). Perawat memiliki kemampuan guna mengkaji kekuatan dan efek dari pemberian informasi dan perilaku yang diinginkan oleh individu (Nursalam, 2008). Perawat sebagai Edukator harus mempunyai kemampuan sebagai syarat utama antara lain:

1. Ilmu pengetahuan yang luas.
2. Komunikasi
3. Pemahaman psikologis
4. Menjadi model/contoh

Upaya yang dapat dilakukan perawat untuk meningkatkan profesionalisme perawat dilakukan melalui pembuktian secara langsung yaitu perawat dapat memberikan contoh atau model dalam pangajaran (Asmadi,2008)

4. Peran coordinator

Perawat sebagai Coordinator melakukan tugas mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan bisa terarah dan sesuai dengan kebutuhan pasien. Perawat sebagai coordinator yaitu bisa memenuhi asuhan kesehatan secara efektif, efisien dan menguntungkan bagi pasien, pengaturan waktu dan aktifitas atau penanganan pada klien, dan menggunakan keterampilan perawat untuk merencanakan, mengorganisasikan, mengarahkan dan mengontrol.

5. Peran kolaborator.

Peran perawat sebagai kolaborator bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapis, ahli gizi dan lainlain dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya

6. Peran konsultan.

Perawat sebagai konsultasi terkait masalah atau tindakan keperawatan yang tepat bagi pasien. Yang bertujuan guna memecahkan atau mendapat solusi dari berbagai masalah pasien baik itu masalah penyakit yang diderita klien, maupun masalah yang dapat mengancam kesehatannya dan juga keluarga pasien/perawat dan perawat lain. (Elfiani,2012). Perawat sebagai tempat konsultasi terkait masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan.

7. Peran pembaharu.

Perawat sebagai pembaharu mengadakan perencanaan, kerja sama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan. Perawat sebagai pembaharu dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya :

a. Teknologi yang maju

- b. Lisensi dan regulasi yang mengalami perubahan
- c. Adanya peluang pendidikan lanjutan yang meningkat
- d. Berbagai tipe petugas kesehatan yang meningkat

3.2.2 Peran Perawat Dalam Pasien Safety

Perawat merupakan salah satu tenaga kesehatan yang profesional yang merupakan tenaga yang paling banyak di rumah sakit perannya sangatlah penting untuk meningkatkan keselamatan pasien. Perawat mempunyai tanggung jawab melindungi, melakukan promosi dan mencegah terjadinya sakit dan injury, mengurangi penderitaan melalui diagnosa dan pengobatan, bahkan harus memberikan perlindungan untuk perawatan individu, keluarga, komunitas dan populasi. Keselamatan pasien di rumah sakit sangat erat kaitannya dengan profesionalisme tenaga medis, seperti dokter, perawat, bidan, radiologist, dsb. Perawat secara profesionalisme harus mempunyai yaitu *knowledge*, *skill*, dan *attitude*, perawat memiliki beban kerja terlalu tinggi yang dapat menimbulkan terjadinya kesalahan dan dapat mengakibatkan pasien yang dilayaninya beresiko jatuh (Sochalski (2004). Beban kerja perawat yang terlalu banyak dapat berakibat tidak aman yang dapat berpengaruh terhadap keselamatan pasien. Sehingga perilaku tidak aman tadi dapat mengakibatkan perawat bisa melakukan kesalahan. Perawat memiliki penting untuk mewujudkan *Patient safety* di rumah sakit yaitu sebagai pemberi pelayanan keperawatan, perawat melakukan tindakan sesuai dengan standar pelayanan dan SOP yang telah dibuat dan ditetapkan oleh rumah sakit serta menerapkan prinsip etik saat memberikan pelayanan keperawatan, memberikan edukasi bagi pasien dan keluarga tentang asuhan keperawatan yang diberikan, ada kerjasama dengan tim kesehatan yang handal untuk penyelesaian masalah terhadap kejadian yang tidak diinginkan, setiap tindakan harus ada pendokumentasian yang benar dari seluruh pelayanan asuhan keperawatan yang diterima oleh pasien dan keluarga dengan komunikasi efektif juga sangat berperan dalam keberhasilan pemberian pelayanan yang bagi pasien dan keluarganya. Peran perawat dalam memberikan keselamatan pasien di rumah sakit (*patient safety*)

dapat dilakukan dengan cara berikut : - Perawat dapat melakukan hal yang berkaitan dalam 7 Standar Keselamatan Pasien (mengacu pada "*Hospital Patient Safety Standards*" yang dikeluarkan oleh *Joint Commision on Accreditation of Health Organizations, Illinois, USA*, tahun 2002) ,yaitu:

- a. Perawat memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan).
- b. Perawat memberikan pengarahan, perencanaan pelayanan kesehatan pada pasien dan keluarga mengenai keselamatan pasien.
- c. Menjaga keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
- d. Menggunakan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
- e. Menerapkan peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- f. Menerima pendidikan tentang keselamatan pasien
- g. Menjaga komunikasi sebagai kunci bagi perawat untuk mencapai keselamatan pasien.

Dan setiap Setiap perawat mempunyai tanggung jawab melakukan :

- 1) *Assesment* (Pengkajian) : Status kesehatan pasien saat ini dan masa lalu serta potensi resiko (keselamatan pasien).
 - 2) *Diagnosa* : menetapkan diagnosa/ masalah keperawatan.
 - 3) *Planning* : Rencana asuhan keperawatan.
 - 4) *Implementation* : Pelaksanaan asuhan sesuai rencana
 - 5) *Evaluation* : evaluasi terhadap respon pasien dan outcome
- Penutup Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan hal terpenting harus diperhatikan perawat dalam melaksanakan pelayanan kesehatan bagi pasien. Tindakan pelayanan keperawatan, peralatan kesehatan, dan lingkungan sekitar pasien sudah seharusnya menunjang keselamatan serta kesembuhan dari pasien. Maka untuk itu perawat wajib memiliki pengetahuan terkait dengan

hak pasien melakukan tindakan dengan teliti serta menjaga keselamatan diri pasien serta menjalin komunikasi sebagai kunci utama agar bisa memberikan rasa nyaman dan aman terhadap keselamatan bagi pasien. Tindakan pelayanan kesehatan yang diterima pasien sepatutnya bisa memberikan dampak positif dan tidak memberikan kerugian bagi pasien. Maka rumah sakit harus memiliki standar sesuai SOP dalam memberikan pelayanan bagi pasien. Standar ini bertujuan untuk melindungi hak pasien dalam menerima pelayanan kesehatan yang baik serta sebagai pedoman bagi tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan bagi pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Cahyono, A. 2015. Hubungan karakteristik dan tingkat pengetahuan Perawat terhadap pengelolaan keselamatan Pasien di rumah sakit. Jurnal Ilmiah WIDYA, 1(1), 97- 99.
- Cohen, Michael R. 1999. "Medication Errors", American Pharmaceutical Association.
- Depkes RI, "Pedoman Nasional Keselamatan Pasien RumahSakit"
- Djatiwibowo. Jurnal Administrasi Rumah Sakit. 3(3), 169-170
- Firawati. 2012. Pelaksanaan Program Keselamatan pasien di RSUD Solok. Jurnal Kesehatan Masyarakat. 6 (2), 74-77.
- Harus, B., D., & Sutriningsih, A. 2015. Pengetahuan Perawat Tentang Keselamatan Pasien dengan Pelaksanaan Prosedur Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang. 3(1), 25-27.
- Herawati, Y., T. 2015. Budaya Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X Kabupaten Jember. Jurnal Ikatan Kesehatan Masyarakat. 11(1), 54-58.
- Iskandar, E. 2017. Tata Kelola dan Kepatuhan Penerapan Standar Kemenkes. 2011. "Standar Akreditasi Rumah Sakit", Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Bidan Pelayanan medik, Jakarta.
- Patient Safety Penyakit Stroke di Rumah Sakit Dr Kanujoso
- UU No 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
- UU No 44 tahun 2009 tentang RumahSakit
- UU No 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran
- UU No 38 tahun 2014 tentang Keperawatan
- PMK No 1691 tentang Keselamatan pasien

BAB 4

SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP)

Oleh Raden Surahmat

4.1 Sasaran Keselamatan pasien

Setiap penyelenggara pelayanan kesehatan wajib memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan dan sumber daya yang terlibat didalamnya (Republik Indonesia, 2009). Keselamatan pasien merupakan suatu metode yang telah disusun sedemikian rupa berdasarkan tujuan agar apa yang dilaksanakan oleh seluruh profesi yang terlibat dalam pemberian asuhan dapat terjamin keselamatannya, khususnya bagi pasien dan lingkungan disekitarnya. Selain itu bertujuan untuk meminimalkan resiko terjadinya kesalahan dan adanya evaluasi berkesinambungan guna perbaikan dalam pelayanan kesehatan (Kemenkes RI, 2017; Republik Indonesia, 2011).

Beberapa negara melaporkan kondisi pasien yang dirugikan akibat dari kelalaian proses pengobatan sehingga keselamatan pasien menjadi isu global (Setyawan FEB & Supriyanto S, 2020). Usaha yang dilakukan pemerintah Republik Indonesia untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan adalah dengan melakukan akreditasi pada setiap rumah sakit dan puskesmas serta pelayanan kesehatan dengan harapan agar terwujudnya mutu asuhan dan keselamatan pasien dengan sistem yang baik melalui implementaasi dan capaian pada indikator enam sasaran keselamatan pasien (KARS, 2018). Setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien (Republik Indonesia, 2011). Terbukti dengan adanya hasil bahwa pasca akreditasi, perawat telah mengimplementasikan sasaran keselamatan pasien dengan baik (Surahmat *et al.*, 2018).

Sasaran Keselamatan Pasien telah menjadi salah satu syarat wajib bagi instansi pelayanan kesehatan, bahkan termasuk dalam salah satu pokja akreditasi baik dalam lingkup nasional maupun internasional. Tujuan penerapan Sasaran Keselamatan Pasien untuk menciptakan proses evaluasi berkelanjutan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu (Republik Indonesia, 2011).

Kesalahan dalam hal kekeliruan seringkali terjadi di semua aspek pelayanan yang tentunya akan berdampak pada keselamatan pasien. Tidak hanya sampai disitu, kesalahan dalam penentuan lokasi pembedahan komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim serta belum optimalnya perlibatan pasien di dalam penandaan lokasi yang kurang efektif, minimnya kegiatan verifikasi lokasi operasi, serta koreksi kembali catatan medis. Tak hanya sampai disitu, masih adanya kekeliruan dalam resep yang tidak terbaca serta pemakaian singkatan yang tidak dimengerti. Masih terjadinya masalah infeksi dan resiko jatuh tidak luput dari fenomena yang masih kerap terjadi sehingga jika tidak segera diatasi akan berdampak pada peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi serta mengatasi cedera pada pasien. Solusi yang dapat dilakukan antara lain dengan melihat catatan riwayat yang dialami pasien sebelumnya (KARS, 2011).

4.2 Tujuan Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran keselamatan pasien bertujuan untuk memotivasi dan meningkatkan secara spesifik dalam pelaksanaan keselamatan pasien agar pelayanan kesehatan dapat melakukan perbaikan secara berkesinambungan dengan mengacu kepada *Nine live-saving patient safety Solutions* yang dikeluarkan *World Health Organisation* tahun 2007 dengan harapan agar terciptanya pelayanan kesehatan yang bermutu dan aman disetiap aspek (KARS, 2018). Sasaran keselamatan pasien yang merupakan bagian dari BAB Keselamatan pasien merupakan kriteria yang selalu ada dalam indikator penilaian rumah sakit baik pada tingkat dasar, madya, utama, paripurna sehingga dapat disimpulkan bahwa sasaran keselamatan pasien

merupakan salah satu prioritas yang wajib dilaksanakan guna menciptakan pelayanan aman dan bermutu (KARS, 2011).

4.3 Ruang Lingkup Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran keselamatan pasien berdasarkan panduan standar nasional akreditasi rumah sakit (SNARS) terdiri dari enam indikator, antara lain;

- a) Melakukan identifikasi pasien dengan benar
- b) Mengimplementasikan Komunikasi yang efektif
- c) Meningkatkan proses pemberiat obat yang aman
- d) Memastikan lokasi, prosedur yang benar dalam proses pembedahan.
- e) Mengurangi terjadinya resiko infeksi
- f) Mengurangi risiko cedera akibat terjatuh (KARS, 2018)

4.4 Strategi dan Kegiatan Sasaran Keselamatan Pasien

a) Mengidentifikasi pasien dengan benar

Kegiatan yang dapat dilakukan pada poin ini adalah dengan memastikan ketepatan dalam melakukan pengkajian atau identifikasi pada pasien yang akan agar pelayanan yang akan diberikan selarassesuai kebutuhan pasien. Identifikasi dapat dilakukan menggunakan paling sedikit dua dari tiga bentuk identifikasi, antara lain nama, tanggal lahir, nomor rekam medik, dan bentuk lainnya seperti KTP atau barcode yang telah tersedia.

Pelaksanaan identifikasi dilakukan pasien mendapatkan radioterapi, cairan intravena, hemodialisis, pengambilan darah atau pengambilan spesimen, katerisasi jantung dan bahkan pada pasien koma (KARS, 2018).

1. Pasien diidentifikasi minimal menggunakan dua identitas pasien (nama, tanggal lahir, nomor RM, KTP atau barcode)
2. Tidak dianjurkan menggunakan nomor kamar dan lokasi pasien

3. Identifikasi dilakukan sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah dan spesimen sebelum proses pengobatan dan tindakan/prosedur.
4. Seluruh kegiatan identifikasi harus dilakukan secara konsisten pada semua situasi dan lokasi. (Kemenkes RI, 2017)

b) Meningkatkan komunikasi yang efektif

Komunikasi merupakan kegiatan yang bertujuan menyampaikan pesan, dalam pelayanan kesehatan komunikasi tidak hanya dilakukan kepada pasien namun juga melibatkan berbagai profesi yang terlibat di dalamnya (Junaedi, 2018). Komunikasi dapat berlangsung secara efektif jika waktu yang tepat, akurat, lengkap, tidak mengandung multi tafsir, serta mudah dimengerti dan diterima oleh penerima informasi, tujuannya adalah untuk meminimalisir kesalahan yang akan berdampak pada keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk verbal, elektronik, atau tertulis. Komunikasi yang buruk akan berdampak dapat membahayakan pasien. Kondisi implementasi komunikasi yang rentan terjadi kesalahan salah satunya perintah lisan/ delegasi yang dilakukan menggunakan media telepon. Kondisi tersebut ditengarai terjadi karena perbedaan cara berbicara atau pengucapan sehingga dapat menyulitkan pihak penerima perintah untuk memahami perintah yang diberikan. Solusi yang dapat dilakukan adalah dengan mendokumentasikan setiap aspek dalam asuhan dengan baik, meminimalisir komunikasi lewat telepon atau dengan mengkonfirmasi kembali (tuliskan baca dan konfirmasi) serta menghindari penggunaan istilah dan singkatan yang sulit dimengerti. Selain itu pentingnya komunikasi yang dilakukan pada saat serah terima asuhan pasien (*hand over*) agar tidak terjadi kesalahan informasi terkait proses asuhan yang akan dilakukan petugas selanjutnya (KARS, 2018).

1. Komunikasi Perintah lisan maupun melalui telepon terkait hasil pemeriksaan dituliskan dalam format dokumentasi secara lengkap

2. Hasil komunikasi dibacakan dan dikonfirmasi kembali oleh penerima perintah
3. Harus ada kebijakan dan prosedur untuk menciptakan akurasi dari pelaksanaan komunikasi (Kemenkes RI, 2017).

c) Meningkatkan keamanan obat yang harus diwaspadai(*high alert medications*)

Menurut komisi akreditasi rumah sakit (KARS) bahwa setiap obat terutama obat yang perlu diwaspadai sesuai labelnya, jika salah dalam penggunaan akan membahayakan bahkan dapat menyebabkan kematian atau kecacatan pasien.

Perlunya kebijakan dan aturan secara spesifik mulai dari resep, penyimpanan obat, penyiapan, pendokumentasian, serta pengawasan obat mulai dari bagian farmasi sampai ke pasien. Obat dengan status perlu diwaspadai atau high alert harus disimpan di tempat khusus dan terinventarisir dengan baik, termasuk tentang prinsip 6 bahkan 11 benar obat. Cara menyimpan, menata, dan menggunakan obat-obat high alert (KARS, 2018; Kemenkes RI, 2017).

d) Memastikan lokasi dan prosedur pembedahan pada pasien yang benar

Menurut komisi akreditasi rumah sakit (KARS) jika terjadi kesalahan dalam penentuan lokasi, prosedur, dan pasien merupakan kesalahan yang sangat fatal dan perlu perhatian khusus karena dikhawatirkan jika tidak segera di evaluasi akan berdampak pada semua aspek pelayanan bahkan merugikan pasien dan tentunya akan berhubungan dengan proses hukum yang berlaku. Pemicu kesalahan sering kali dikaitkan dengan komunikasi yang tidak efektif dan tidak adekuat antar anggota tim, minimnya melibatkan pasien/keluarga dalam memastikan atau verifikasi penandaan serta lokasi operasi, catatan rekam medik tidak lengkap; budaya komunikasi antar anggota tim yang buruk. Selain itu kondisi yang masih sering terjadi antara lain karena tulisan yang tidak terbaca, tidak jelas, dan tidak lengkap,

penggunaan singkatan yang tidak terstandarisasi. Sehingga perlu adanya suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam meminimalkan risiko tersebut (KARS, 2018). Upaya yang dapat dilakukan antara lain;

1. Membuat dan mengisi formulir dengan memeriksa at *checklist* sebagai bentuk kegiatan memverifikasi ketepatan lokasi, prosedur, pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan berfungsi secara normal.
2. Menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/*time-out*” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
3. Diperlukan kebijakan yang mengatur dan mendukung keseragaman dalam setiap prose (Kemenkes RI, 2017).

e) Mengurangi risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Menurut komisi akreditasi rumah sakit (KARS) bahwa pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan kerap kali masih terjadi difasilitas pelayanan kesehatan di semua unit. Upaya terpenting menghilangkan masalah infeksi ini dapat dilakukan dengan menjaga kebersihan tangan (Kemenkes RI, 2017).

f) Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

Menurut komisi akreditasi rumah sakit (KARS) bahwa seluruh fasilitas pelayanan kesehatan wajib menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi terkait proses pengobatan yang sedang dijalani terutama pada pasien yang dianggap berisiko (KARS, 2018; Kemenkes RI, 2017).

4.5 Faktor yang berhubungan dengan Sasaran Keselamatan Pasien

1. Jenis Kelamin

Perawat dirumah sakit lebih didominasi oleh jenis kelamin perempuan namun hal tersebut tidak berarti bahwa hanya perempuan yang mengimplementasikan sasaran keselamatan pasien karena keselamatan pasien merupakan tanggung jawab setiap perawat dan tim medis lain yang berada di rumah sakit (Kemenkes RI, 2017). Jenis kelamin, dukungan manajemen, kerjasama antar unit mempengaruhi ketercapaian sasaran keselamatan pasien (*Wianti A et al., 2021*). Penelitian lainnya yang dilakukan gallerizki bahwa jenis kelamin, usia, pengalaman kerja, dan jenjang karier secara signifikan berpengaruh pada implementasi keselamatan karena jenis kelamin merupakan faktor internal yang disebabkan oleh tingkah laku gender yang spesifik, penerimaan, persepsi, coping, gaya hidup, kewaspadaan terhadap kesehatan dan komunikasi yang berbeda (Galleryzki et al., 2021).

2. Usia

Menurut Notoatmodjo, usia tidak dapat dijadikan tolak ukur kedewasaan seseorang, akan tetapi dengan bertambahnya dan semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan individu dalam berfikir akan semakin baik (Trisutrisno I et al., 2022). semakin bertambahnya usia dapat berpengaruh terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang dalam hal pengetahuan (Oktariani et al., 2021). Hal tersebut didukung dengan hasil penelitian (Renggayuni & Yusuf, 2016) bahwa rata-rata usia perawat berada pada usia yang produktif yaitu antara 25-35 tahun dimana pada usia ini perawat dalam masa kedewasaan dan kematangan dalam mengaplikasikan semua kompetensi yang dimilikinya untuk menerapkan patient safety secara optimal. Selanjutnya penelitian yang dilakukan (*Putri et al., 2022*) bahwasanya terdapat hubungan signifikan

antara usia dengan penerapans asaran keselamatan pasien, namun usia tidak selamanya akan menggambarkan produktifitas kerja baik, semua tergantung kepada individu itu sendiri. Kinerja seseorang dalam bekerja tidak terlepas dari kemampuan dan kompetensi seseorang dalam bekerja yang akan berdampak pada produktif dan lebih termotivasi dalam melaksanakan pekerjaannya.

3. Pendidikan

Hasil penelitian wianti di tahun 2021 menunjukkan bahwa karakteristik perawat yang mempengaruhi insiden keselamatan pasien adalah pendidikan(*Wianti A et al., 2021*). *Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat.* Sedangkan perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan dengan jenis perawat vokasi dan perawat profesi (Republik Indonesia, 2014). Menurut Notoatmodjo S, Pendidikan merupakan sebuah proses perubahan sikap dan tingkah laku melalui pengajaran dan pelatihan formal maupun non formal yang pada akhirnya akan menghasilkan pengetahuan (Pakpahan M *et al., 2021*). Sedangkan hasil penelitian (Oktariani *et al., 2021*) didapatkan informasi bahwa mayoritas responden adalah berpendidikan diploma dan penerapan *patient safety* akan lebih baik jika latar belakang perawat berpendidikan Ners. Menurut (Nursalam, 2003) keperawatan diwajibkan untuk memiliki kemampuan dalam hal intelektual, interpersonal kemampuan teknis dan moral. Perawat yang melanjutkan pendidikan program ners dapat meningkatkan kualitas kerja perawat

4. Masa Kerja

Masa kerja merupakan pengalaman individu yang akan menentukan pertumbuhan dalam pekerjaan dan jabatan (Republik Indonesia, 2003). Menurut Kurniadi tahun

2013 bahwa semakin lama orang bekerja, keterampilan dan pengetahuan yang dimiliki akan semakin meningkat dan lebih banyak tantangan yang dihadapi sehingga jika ia berhasil menyelesaikan tugasnya akan memperoleh peluang untuk memperoleh pengakuan dan penghargaan (Kurniadi Anwar, 2013). Hasil penelitian yang dilakukan pambudi tahun 2018 bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara lama bekerja dengan perilaku penerapan 6 SKP di Ruang Rawat Inap RS. Panti Waluya Malang dan dapat disimpulkan bahwa Masa kerja yang lama akan memberikan pengalaman kerja yang positif terhadap pekerjaannya termasuk kepatuhan perawat dalam menerapkan prosedur keselamatan pasien akan meningkat (Pambudi et al., 2018). ada hubungan antara lama kerja dengan penerapan 6 sasaran keselamatan pasien (Putri et al., 2022). Masa kerja adalah lamanya perawat bekerja dimulai sejak seseorang resmi diangkat sebagai karyawan

5. Kepatuhan

Kepatuhan adalah tingkat perilaku yang setuju dan melaksanakan instruksi atau petunjuk yang diberikan (Niven, 2006) hasil penelitian (Herlina, 2019) bahwa ada hubungan motivasi perawat dengan kepatuhan pelaksanaan identifikasi pasien sebagai bagian dari keselamatan pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Karya Husada Karawang 2019. kepatuhan profesional pemberi asuhan dalam implementasi SKP belum optimal Dibuktikan dengan tingkat kepatuhan petugas dalam penerapan 6 SKP yaitu 89% standar 100% Hal ini disebabkan karena kepatuhan petugas melaksanakan identifikasi pasien belum menjadi budaya saat memberikan pelayanan kepada pasien, masih kurangnya kesadaran petugas tentang pentingnya identifikasi pasien. Dari informasi para informan dan data yang didapatkan melalui wawancara, FGD, observasi, dokumen, masih ada petugas atau PPA di rawat inap yang belum melakukan identifikasi pasien, *hand hygiene*. Konfirmasi instruksi verbal per telepon belum ada yang

mencapai sesuai standar, pelaksanaan konfirmasi belum menjadi budaya. Capaian indikator mutu dalam pelaksanaan *double check* saat pemberian obat *high alert* juga masih dibawah 100%. Capaian penerapan keselamatan operasi hampir setiap bulan belum mencapai target (Faluzi *et al.*, 2018), Masih terdapat beberapa perawat yang tidak patuh memakai sarung tangan dan masker ketika akan memberikan tindakan ke pasien, perawat memakai sarung tangan tidak sesuai dengan ukuran, dan memakai sarung tangan tidak steril. Perawat beranggapan tidak semua tindakan harus memakai sarung tangan dan masker. Hasil tersebut menunjukkan bahwa kepatuhan perawat dalam memakai alat pelindung diri termasuk kategori tidak patuh (Arifianto *et al.*, 2017). Kepatuhan petugas dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien belum optimal, nilai rata-rata capaian 73,4% (standar 100%) Beberapa kendala dalam pelaksanaan sasaran keselamatan pasien terkait ketersediaan sarana dan kepatuhan petugas Pelaksanaan sasaran keselamatan pasien di RSUD Padang Pariaman belum optimal. Hal ini dapat dilihat dari kepatuhan petugas dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien masih rendah. Masih ada profesi yang bekerja tidak sesuai pedoman dan Standar Prosedur Operasional (SPO). Oleh karena itu diperlukan sosialisasi ulang tentang SKP, pelatihan *patient safety* dan monitoring evaluasi oleh tim keselamatan pasien rumah sakit yang sementara ini dilaksanakan oleh pokja SKP (Neri *et al.*, 2018) Rendahnya kepatuhan petugas dalam melaksanakan prosedur *read back* dan cuci tangan sesuai dengan SPO. Masalah kepatuhan petugas disebabkan oleh kurangnya pengetahuan dan motivasi petugas dalam melaksanakan SPO (Zahroti EN, 2020).

6. Status kepegawaian

Hasil penelitian menunjukkan bahwa status kepegawaian perawat terdiri dari PNS dan Honorer yang menunjukkan terdapat hubungan status kepegawaian dengan implementasi sasaran keselamatan pasien.

(Surahmat, Fitriah, *et al.*, 2019). Yang menjadi faktor hambatan utama terkait SDM di rawat inap adalah masalah kekurangan SDM khususnya untuk profesi keperawatan sebanyak 32%. Faktanya banyaknya kerja rangkap yang dilakukan oleh profesi keperawatan sehingga beban kerja yang ada menjadi lebih tinggi. Akhirnya berdampak terhadap Insiden Keselamatan Pasien (IKP), ada rasa tidak aman pada pelanggan, kurangnya kepercayaan dari pelanggan pada petugas RS, karena kurangnya kecepatan petugas dalam menangani keluhan pelanggan, kurangnya kesigapan dalam melayani pelanggan. Menurut pendapat ahli mutu, bahwa pendekatan kualitas pelayanan yaitu jaminan (*Assurance*), melihat pada kemampuan petugas/SDM atas pengetahuan terhadap jasa secara tepat, keterampilan dalam memberikan pelayanan sehingga dapat menumbuhkan rasa aman pada pelanggan sehingga dapat menanamkan kepercayaan pelanggan (Faluzi *et al.*, 2018). Hasil penelitian lain didapatkan informasi bahwa perawat dengan status kepegawaian honorer akan lebih giat bekerja. Dimana adanya keinginan untuk menaikkan status pekerjaan membuat perawat tersebut lebih termotivasi untuk meningkatkan kinerjanya. Hal ini dikarenakan kinerja merupakan aspek penilaian utama untuk dapat menjadi PNS (Faridha & Milkhatun, 2020)

7. Pengetahuan

pengetahuan tenaga kesehatan paling banyak pada kategori kurang baik sebesar 63,8% (Arrum D *et al.*, 2015). Bahwa seseorang yang memiliki pengetahuan baik cenderung lebih baik dalam melakukan penerapan 6 SKP dibandingkan dengan perawat yang memiliki pengetahuan rendah. Direkomendasikan bagi pihak rumah sakit agar melakukan peningkatan pengetahuan dan ketrampilan kinerja perawat dengan mengadakan pelatihan secara rutin dan berkesinambungan, khususnya pelatihan tentang 6 Sasaran Keselamatan Pasien (Pambudi *et al.*, 2018).

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo S, 2007). Hasil penelitian nuryanti tahun 2019 bahwa pengetahuan mahasiswa tentang tujuan keselamatan pasien dinilai kategori cukup sehingga diharapkan pendidik untuk lebih menekankan kepentingan tujuan keselamatan pasien ketika mengajar mata pelajaran yang berkaitan dengan pelayanan pasien dan keluarga. Perlu dikembangkan hasil pembelajaran tujuan keselamatan pasien dengan metode praktikum dan menyesuaikan pengembangan instrumen tujuan keselamatan pasien di area praktik (Nuryanti A, 2019).

8. Sarana Prasarana

Fasilitas berpengaruh terhadap penerapan sasaran keselamatan pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit X. Fasilitas yang dimiliki oleh RS X sudah cukup baik, terdapat gelang/ sticker penanda resiko jatuh, terdapat air bersih dan kran-kran berfungsi dengan baik, namun berdasarkan hasil kuesioner terdapat beberapa fasilitas yang perlu ditingkatkan (Sarasanti *et al.*, 2018) Ketersediaan sarana dan prasarana merupakan hal yang sangat penting dalam mendukung pelaksanaan sasaran keselamatan pasien. Namun, terdapat beberapa kendala yaitu persediaan gelang identitas sudah habis, tidak tersedianya fasilitas telepon, lemari penyimpanan obat tidak ada kunci dan obat pasien masih terdapat di ruangan perawat dengan suhu yang tidak standar. Selain itu untuk sarana cuci tangan, cairan *handrub/handwash* dan *tissue* banyak yang sudah habis. Untuk risiko jatuh, handrail belum terpasang di rawat inap non bedah (Neri *et al.*, 2018). menurut Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) bahwa kelengkapan sarana dan prasarana dan dokumen menjadi hal yang penting untuk mendukung berjalannya proses menuju perubahan yang lebih baik

(KARS, 2011) sarana dan prasarana dalam kategori memadai serta berhubungan dengan penerapan sasaran keselamatan pasien pada perawat di Ruang Rawat Inap Kelas I Dan 2 RSUD Teluk Kuantan. masih ada beberapa sarana yang belum tersedia di Ruang Rawat Inap antara lain Gelang identifikasi pasien serta gelang resiko jatuh. Meskipun masih ada kekurangan namun banyak pula sarana dan prasarana yang memadai seperti selalu tersedianya *Handrub* untuk *hand Hygiene* di ruangan, SOP tentang sasaran keselamatan pasien (SKP) sudah ada dari SKP satu sampai 6 dan sudah di tempatkan di masing-masing Ruangan (Mayenti *et al.*, 2021).

9. Pengawasan/ Supervisi

Pelaksanaan supervisi yang kurang baik berdampak pada implementasi sasaran keselamatan pasien. Pihak rumah sakit perlu melakukan supervisi secara berkelanjutan dan menjadikan hasil supervisi sebagai dasar tindak lanjut sebagai usaha meningkatkan mutu pelayanan keperawatan secara berkesinambungan (Surahmat, Neherta, *et al.*, 2019).

ahwa ada pengaruh yang signifikan antara supervisi dengan perilaku penerapan 6 SKP di Ruang Rawat Inap RS. Panti Waluya Malang artinya jika supervisi tentang penerapan 6 SKP belum maksimal berjalan. Hal ini didukung dengan hasil penelitian yaitu didapatkan data 50% supervisi pelaksanaannya kurang. Sehingga perawat masih membutuhkan bimbingan dari atasan untuk dapat terus mengimplementasikan tugasnya dengan baik.

10. Motivasi

motivasi internal adalah motivasi yang berasal dari dalam diri orang tersebut, yang mendorong dirinya menjadi produktif (Nursalam, 2011). Motivasi dapat menunjukkan sejauh mana seseorang bisa berusaha untuk mendapatkan kinerja yang baik di pekerjaan. Perawat dengan motivasi tinggi maka sikap perawat akan mendukung dalam penerapan program patient safetyakan semakin tinggi juga dan

berarti bahwa motivasi dapat mendorong untuk melakukan sesuatu (Ritonga, 2020). Hasil penelitian yang dilakukan (Pambudi *et al.*, 2018) bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara motivasi dengan perilaku penerapan sasaran keselamatan pasien. Motivasi yang dimaksud adalah motivasi ekstrinsik yang berkaitan dengan adanya konsekuensi tanggung gugat apabila pelaksanaan sasaran keselamatan pasien tidak dilakukan sesuai dengan standart operasional yang berlaku. Hasil penelitian (Renggayuni & Yusuf, 2016) terdapat hubungan antara motivasi eksternal perawat dengan penerapan *patient safety*. Selain motivasi eksternal, ternyata motivasi internal juga memiliki keterkaitan karena perawat dengan motivasi tinggi maka sikap perawat akan mendukung dalam penerapan program *patientsafety* semakin tinggi juga (Oktariani *et al.*, 2021)

11. pengaruh organisasi

Setiap organisasi kesehatan memiliki budaya organisasi sedangkan budaya organisasi merupakan suatu sistem terkait dengan nilai, keyakinan, etika, adat, kebiasaan bersama dalam sebuah organisasi yang berinteraksi dengan struktur formal untuk menghasilkan sebuah norma perilaku dalam berorganisasi (Suratmi *et al.*, 2021). Hasil penelitian Sarasanti tahun 2018 didapatkan informasi bahwa budaya organisasi berpengaruh signifikan terhadap sasaran keselamatan pasien (Sarasanti *et al.*, 2018). Penelitian selanjutnya yang dilakukan pambudi tahun 2018 bahwasanya terdapat pengaruh yang signifikan antara pengaruh organisasi dengan perilaku penerapan sasaran keselamatan pasien kondisi tersebut dapat menjadi informasi bahwa kondisi sebagian besar perawat merasa kurang mampu berkoordinasi dengan staf unit lain dan belum maksimal bekerjasama dalam penerapan prosedur sasaran keselamatan pasien (Pambudi *et al.*, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Arifianto, A., Arifin, M. T., & Widyastuti, R. H. 2017. *Kepatuhan Perawat dalam Menerapkan Sasaran Keselamatan Pasien pada Pengurangan Resiko Infeksi dengan Penggunaan Alat Pelindung Diri di Rumah* [Masters, Diponegoro University]. <http://eprints.undip.ac.id/51608/>
- Arrum D, Salbiah, S., & Manik, M. 2015. Pengetahuan Tenaga Kesehatan Dalam Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Sumatera Utara. *Idea Nursing Journal*, 6(2), 1–6. <https://doi.org/10.52199/idea.v6i2.6529>
- Faluzi, A., Machmud, R., & Arif, Y. 2018. Analisis Penerapan Upaya Pencapaian Standar Sasaran Keselamatan Pasien Bagi Profesional Pemberi Asuhan Dalam Peningkatan Mutu Pelayanan di Rawat Inap RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2017. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(0), 34–43. <https://doi.org/10.25077/jka.v7i0.919>
- Faridha, N. R. D., & Milkhatun, M. 2020. Hubungan Pengetahuan dengan Kepatuhan Perawat dalam Pelaksanaan Pencegahan Pasien Jatuh di Rumah Sakit Umum Daerah Pemerintah Samarinda. *Borneo Student Research (BSR)*, 1(3), 1883–1889.
- Galleryzki, A. R., Hariyati, R. T. S., Afriani, T., & Rahman, L. O. 2021. Hubungan Sikap Keselamatan dengan Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien oleh Perawat di Rumah Sakit. *Jurnal Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan*, 4(1), 11–22. <https://doi.org/10.32584/jkmk.v4i1.855>
- Herlina, L. 2019. Hubungan Motivasi Dengan Kepatuhan Perawat Dalam Pelaksanaan Identifikasi Pasien Sebagai Bagian Dari Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap. *Jurnal Kesehatan*, 10(1), 19–24. <https://doi.org/10.38165/jk.v10i1.4>
- Junaedi, F. 2018. *Komunikasi Kesehatan*. Prenada Media.
- KARS. 2011. *Standar Akreditasi Rumah Sakit KARS*.
- KARS. 2018. *Standar nasional akreditasi rumah sakit*. Komisi Akreditasi Rumah Sakit.
- Kemenkes RI. 2017. *Peraturan Menteri Kesehatan Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang*

- <http://hukor.kemkes.go.id/hukor/0/2017/7>
- Kurniadi Anwar. 2013. *Manajemen keperawatan dan prospektifnya: Teori, konsep dan aplikasi*. Universitas Indonesia Library; Badan Penerbit FKUI. <http://lib.ui.ac.id>
- Mayenti, F., Meri, D., Cahyadi, P., & Amin, S. 2021. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap Rsud Teluk Kuantan. *Al-Asalmiya Nursing: Journal of Nursing Sciences*, 10(2), 111–122.
- <https://doi.org/10.35328/keperawatan.v10i2.2092>
- Neri, R. A., Lestari, Y., & Yetti, H. 2018. ANALISIS PELAKSANAAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI RAWAT INAP RUMAH SAKIT UMUM DAERAH PADANG PARIAMAN. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 7(0), 48–55.
- <https://doi.org/10.25077/jka.v7i0.921>
- Niven, N. 2006. *The Psychology of Nursing Care*. Bloomsbury Publishing.
- Notoatmodjo S. 2007. *Kesehatan masyarakat: Ilmu dan seni*. Rineka Cipta.
- Nursalam. 2003. *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan: Pedoman skripsi, tesis dan instrumen penelitian keperawatan*. Universitas Indonesia Library; Salemba Medika. <https://lib.ui.ac.id>
- Nursalam. 2011. *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*.
- <http://library.poltekkesjambi.ac.id/opac/detail-opac?id=1721>
- Nuryanti A. 2019. Pengetahuan Mahasiswa Keperawatan Tentang Sasaran Keselamatan Pasien. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 5(2), 86–91.
- <https://doi.org/10.33023/jikep.v5i2.237>
- Oktariani, M., Wicaksana, V., & Za, D. T. 2021. MOTIVASI INTERNAL PERAWAT DALAM MENERAPKAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN (SKP) 5. *Jurnal Ilmiah PANNMED (Pharmacist, Analyst, Nurse, Nutrition, Midwivery, Environment, Dentist)*, 16(1), 77–82.
- <https://doi.org/10.36911/pannmed.v16i1.1039>

- Pakpahan M, Siregar, D., Susilawaty, A., Tasnim, T., Mustar, Ramdany, R., Manurung, E. I., Sianturi, E., Tompunu, M. R. G., Sitanggang, Y. F., & M, M. 2021. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Pambudi, Y. D. W., Sutriningsih, A., & Yasin, D. D. F. 2018. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Penerapan 6 Skp (Sasaran Keselamatan Pasien) Pada Akreditasi Jci (Joint Commission International) Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Panti Waluya Malang. *Nursing News: Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 3(1). <https://doi.org/10.33366/nn.v3i1.844>
- Putri, M. E., Fithriyani, F., & Sari, M. T. 2022. Faktor yang Berhubungan dengan Penerapan 6 Sasaran Keselamatan Pasien. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 11(1), 55–61. <https://doi.org/10.36565/jab.v11i1.444>
- Renggayuni, A., & Yusuf, M. 2016. Motivasi Eksternal Perawat Dalam Menerapkan Patient Safety. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 1(1), Article 1. <http://www.jim.unsyiah.ac.id/FKep/article/view/1486>
- Republik Indonesia. 2003. *UU No. 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan [JDIH BPK RI]*. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/43013>
- Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*.
- Republik Indonesia. 2011. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/Menkes/Per/Viii/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit*.
- Republik Indonesia. 2014. *UU No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan [JDIH BPK RI]*. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38782/uu-no-38-tahun-2014>
- Ritonga, E. P. 2020. Hubungan Karakteristik Dan Motivasi Perawat Dalam Penerapan Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Imelda Pekerja Indonesia Medan. *Indonesian Trust Health Journal*, 3(1), 313–318. <https://doi.org/10.37104/ithj.v3i1.53>

- Sarasanti, J., Soepangat, S., & Hutapea, F. 2018. Analisis Faktor—Faktor Yang Mempengaruhi Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Oleh Paramedis Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit X Jakarta. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, 8(2), 17. <https://doi.org/10.52643/jbik.v8i2.286>
- Setyawan FEB & Supriyanto S. 2020. *Manajemen Rumah Sakit*. Zifatama Jawara.
- Surahmat, Fitriah, N., & Sari, S. M. 2019. Hubungan status kepegawaian dengan implementasi sasaran keselamatan pasien oleh perawat pelaksana. *Babul Ilmi Jurnal Ilmiah Multi Science Kesehatan*, 10(1).
- Surahmat, Neherta M, & Nurariati. 2018. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pasca Akreditasi Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang Tahun 2018* [Masters, Universitas Andalas]. <http://scholar.unand.ac.id/35376/>
- Surahmat, R., Neherta, M., & Nurariati, N. 2019. Hubungan Supervisi Dengan Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. *Proceeding Seminar Nasional Keperawatan*, 4(1), 173–178.
- Suratmi, Qatar-RN, N. P. A. H., M. Kep, S.Kep.,M.Kep, N. A. N. R., Laili.,S.Kep.,Ns.,M.Kep, N., M.Kep, N. M. C. A. S., S. Kep, Kep, N. S., S. Kep , M., M.Kep, N. K, S. Kep , Ns, S.Kep.,Ns.,M.Kes, P. V., & Ns.Nofianti.S.Kep.SKM.M.Kes. 2021. *Keselamatan Pasien Dan Keselamatan Kesehatan Kerja Dalam Keperawatan*. Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Trisutrisno I, Hasnidar, H., Lusiana, S. A., Simanjuntak, R. R., Hadi, S., Sianturi, E., Tasnim, T., Hasanah, L. N., Doloksaribu, L. G., Argaheni, N. B., Amalia, I. S., Simamora, J. P., K. H., Pangaribuan, S. M., & Sofyan, O. 2022. *Pendidikan dan Promosi Kesehatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Wianti A, Setiawan, A., Murtiningsih, M., Budiman, B., & Rohayani, L. 2021. Karakteristik dan Budaya Keselamatan Pasien terhadap Insiden Keselamatan Pasien. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 5(1), 96–102. <https://doi.org/10.31539/jks.v5i1.2587>

Zahroti EN. 2020. Pendekatan PDSA Untuk Perbaikan Proses pada Indikator Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit | Indonesian Journal of Health Administration (Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia). <https://e-journal.unair.ac.id/JAKI/article/view/7315>

BAB 5

KONSEP STERILISASI

Oleh Yofa Anggriani Utama

5.1 Pengertian Sterilisasi

Sterilisasi adalah suatu proses dengan metode tertentu dapat memberikan hasil akhir, yaitu suatu bentuk keadaan yang tidak dapat ditunjukkan lagi adanya mikroorganisme hidup. (Darmadi, 2008)

Sterilisasi adalah suatu proses pemusnahan semua bentuk mikroorganisme, baik yang berbentuk vegetatif maupun yang berbentuk spora. Mikroorganisme yang dimaksud dapat berupa kuman, virus, ricketsia, maupun jamur. (Suprpto Ma'at, 2009)

Sterilisasi adalah suatu proses pengolahan alat atau bahan yang bertujuan untuk menghancurkan semua bentuk kehidupan mikroba termasuk endospora dan dapat dilakukan dengan proses kimia atau fisika. (Depkes RI, 2009)

Sterilisasi adalah suatu tindakan untuk membunuh kuman patogen dan apatogen beserta sporanya pada peralatan perawatan dan kedokteran dengan cara merebus, stoom, panas tinggi atau menggunakan bahan kimia. (Bandiyah, 2013)

5.1.1 Sterilisasi mempunyai beberapa keuntungan

- a) Efisiensi dalam penggunaan sarana dan peralatan, sehingga mampu menghemat biaya investasi, operasional serta pemeliharaan
- b) Efisiensi tenaga paramedis artinya tenaga paramedis yang berada di masing -/ masing unit kerja tidak perlu lagi menangani kegiatan sterilisasi.
- c) Adanya standarisasi prosedur kerja dan adanya jaminan mutu hasil sterilisasi. (Darmadi, 2008)

5.1.2 Tujuan Pusat Sterilisasi

- a) Membantu unit lain dirumah sakit yang membutuhkan kondisi steril, untuk mencegah terjadinya infeksi
- b) Menurunkan angka kejadian infeksi dan membantu mencegah serta menanggulangi infeksi nosokomial.
- c) Efisiensi tenaga medis/ paramedis untuk kegiatan yang berorientasi pada pelayanan terhadap pasien.
- d) Menyediakan dan menjamin kualitas hasil sterilisasi terhadap produk yang dihasilkan (Depkes RI, 2009)

5.1.3 Tugas Instalasi Pusat Sterilisasi

Tanggung jawab pusat sterilisasi bervariasi tergantung dari besar kecilnya rumah sakit, struktur organisasi dan proses sterilisasi. Tugas utama pusat sterilisasi adalah :

- a) Menyiapkan peralatan medis untuk perawatan pasien.
- b) Melakukan proses sterilisasi alat/bahan.
- c) Mendistribusikan alat-alat yang dibutuhkan oleh ruangan perawatan, kamar operasi maupun ruangan lainnya.
- d) Berpartisipasi dalam pemilihan peralatan dan bahan yang aman dan efektif serta bermutu.
- e) Mempertahankan *stock inventory* yang memadai untuk keperluan perawatan pasien.
- f) Mempertahankan standar yang telah diterapkan
- g) Mendokumentasikan setiap aktivitas pembersihan, desinfeksi maupun sterilisasi sebagai bagian dari program upaya pengendalian mutu.
- h) Melakukan penelitian terhadap hasil sterilisasi dalam rangka pencegahan dan pengendalian infeksi bersama dengan panitia pengendalian infeksi nosokomial.
- i) Memberikan penyuluhan tentang hal-hal yang berkaitan dengan masalah sterilisasi.
- j) Menyelenggarakan pendidikan dan pengembangan staf instalasi pusat sterilisasi baik yang bersifat intern maupun eksterm.
- k) Mengevaluasi hasil sterilisasi. (Depkes RI, 2009)

5.1.4 Jenis Peralatan yang dapat disterilkan

- a) Peralatan yang terbuat dari logam misalnya pinset, gunting, spekulum dan lain- lain.
- b) Peralatan yang terbuat dari kaca misalnya sempit (sput) tabung kimia
- c) Peralatan yang terbuat dari karet misalnya kateter, sarung tangan, pipa penduga lambung, drain,
- d) Peralatan yang terbuat dari ebonit misalnya kanule rectum, kanule trachea
- e) Peralatan yang terbuat dari email misalnya bengkok (nierbekken), baskom
- f) Peralatan yang terbuat dari porselin misalnya mangkok, cangkir, piring
- g) Peralatan yang terbuat dari plastik misalnya slang infus
- h) Peralatan yang terbuat dari tenunan misalnya kain kasa, tampon. Doek operasi, baju, sperei, sarung bantal (Bandiyah, 2013)

5.1.5 Metode Sterilisasi

Menurut (Depkes RI, 2009) metode sterilisasi meliputi :

a. Sterilisasi Panas Kering

Proses sterilisasi panas kering terjadi melalui mekanisme konduksi panas, dimana panas akan diabsorpsi oleh permukaan luar dari alat yang disterilkan lalu merambat ke bagian dalam permukaan sampai akhirnya suhu untuk sterilisasi tercapai. Sterilisasi panas kering biasa digunakan untuk alat – alat atau bahan dimana steam tidak dapat berpenetrasi secara mudah atau untuk peralatan terbuat dari kaca.

Siklus kerja dari mesin sterilisasi panas kering meliputi :

- 1) Pemanasan udara panas dihasilkan melalui mekanisme listrik dan disirkulasikan pada *chamber*.
- 2) Pada plateau (sterilisasi) dimulai ketika sensor mendeteksi tercapainya suhu proses sterilisasi pada *chamber*.
- 3) Pada saat seluruh *chamber* memiliki suhu yang sama maka berakhir fase equilibrium dan dimulai fase “holding time” atau strelisasi.

- 4) Pendinginan chamber dilakukan dengan mensirkulasikan udara dingin dan terfiltrasi ke dalam chamber.

Keuntungan dari sterilisasi panas kering antara lain :

- a) Dapat mensterilkan beberapa jenis bahan yang tidak dapat ditembus steam seperti serbuk kering dan bahan minyak
- b) Tidak memiliki sifat korosif pada logam
- c) Melalui mekanisme konduksi dapat mencapai seluruh permukaan alat yang tidak dapat dibongkar pasang.

Kelemahan sterilisasi panas kering antara lain :

- a) Penetrasi terhadap material/ bahan berjalan sangat lambat dan tidak merata.
- b) Diperlukan waktu pemaparan panas yang lama untuk mencapai kondisi steril.
- c) Suhu tinggi dapat merusak bahan dari karet dan beberapa bahan kain.

Ketentuan mesin kering sterilisasi panas – kering harus diperhatikan adalah sebagai berikut :

- a) Mesin sterilisasi panas kering tidak boleh digunakan sebagai mesin pengering .
- b) Kontrol proses secara otomatis sangat dihadapkan
- c) Titik pemasukan termokopel harus tersedia
- d) Harus tersedia termometer untuk mengindikasikan suhu yang sudah dicapai disertai pencatat suhu.
- e) Harus tersedia mekanisme pemutusan suhu berlebihan pada semua sterilisasi panas kering.
- f) Beberapa feature mesin yang cukup penting meliputi:
 - 1) Timer proses dapat diatur (0-6 jam)
 - 2) Termostat pengontrol suhu, dapat diatur antara 140 °C – 180 °C
 - 3) Indikator apabila terjadi kegagalan proses.

b. Sterilisasi Etilen Oksida (EtO)

Metode sterilisasi Etilen Oksida (EtO) merupakan metode sterilisasi suhu rendah. Etilen Oksida (EtO) membunuh mikroorganisme dengan cara bereaksi terhadap DNA mikroorganisme melalui mekanisme alkilasi. Untuk pemakaian pada fasilitas kesehatan Etilen Oksida biasa digunakan dalam bentuk wadah kecil dan berkonsentrasi 100%. Etilen Oksida hanya digunakan untuk sterilisasi alat yang tidak dapat disterilkan dengan metode sterilisasi uap / suhu tinggi.

Elemen esensial yang perlu diperhatikan pada sterilisasi Etilen Oksida (EtO) adalah :

- 1) Konsentrasi gas tidak kurang dari 400mg/liter.
- 2) Suhu tidak kurang dari 36 °C (siklus dingin) dan tidak lebih dari 60 °C (siklus hangat).
- 3) Kelembaban relatif antara 40% - 100%
- 4) Waktu berkorelasi langsung dengan suhu dan konsentrasi gas, makin tinggi suhu dan konsentrasi gas, waktu proses sterilisasi makin cepat.

Memasukan barang pada mesin sterilisasi Etilen Oksida (EtO)

Apabila memungkinkan alat-alat dengan waktu aerasi yang sama sebaiknya disterilkan bersamaan. Apabila aerasi dilakukan secara terpisah dan bukan merupakan bagian dari siklus sterilisasi maka alat/ barang dapat dipindahkan ke mesin aerasi dengan menggunakan wadah dari logam karena logam tidak menyerap Etilen Oksida (EtO). Kemasan harus ditempatkan dalam chamber dalam keadaan tidak terlalu rapat dan tidak menyentuh dinding chamber.

c. Sterilisasi Uap

Salah satu upaya pencegahan infeksi nasakomial dirumah sakit adalah melalui proses sterilisasi yang efektif. Salah satu metode sterilisasi yang paling efisien dan paling efektif adalah melalui sterilisasi uap. Uap dapat membunuh mikroorganisme melalui denaturasi dan koagulasi sel protein sec ireversibel. Untuk dapat menghasilkan barang yang steril maka perlakuan pre-sterilisasi (dekontaminasi dan pembersihan yang baik, pengemasan yang baik) pasca sterilisasi (penyimpanan) perlu diperhatikan. Jadi kesempurnaan proses sterilisasi uap tergantung pada proses pengurangan jumlah mikroorganisme sebelum sterilisasi melalui pembersihan yang baik dan mencegah terjadinya rekontaminasi sebelum digunakan

d. Sterilisasi menggunakan Plasma

Plasma secara umum didefinisikan sebagai gas terdiri dari elektron, ion-ion maupun partikel-partikel neutral. Halilantar merupakan contoh plasma yang terdiri dialam. Plasma buatan dapat terjadi pada suhu tinggi maupun rendah (seperti lampu neon) Gas plasma suhu rendah terjadi apabila dalam keadaan deep-vacuum gas tertentu distimulasi dengan frekuensi radio atau energi gelombang mikro sehingga berbentuk plasma. Plasma dari beberapa gas seperti argon nitrogen dan oksigen menunjukkan aktivitas sporisidal.

Pada plasma yang berbentuk dari hirogen peroksida, proses pembentukan plasma mengalami dua fase yaitu fase difusi hidrogen peroksida dan fase plasma. Pembentukan plasma dimulai setelah pemvakuman chmaber, uap hidrogen yang dihasilkan dari larutan 58% hidrogen peroksida masuk kedalam chamber melalui mekanisme diusi. Alat/bahan yang akan disterilkan kemudian terpapar oleh uap hidrogen peroksida selama 50 menit pada konsetrasi 6 mg/l. Hidrogen peroksida pada dasarnya mempunyai aktivitas mematikan mikroorganisme, pada pembentukan plasma

berfungsi mematikan mikroorganisme Fase plasma ini berlangsung selama 15 menit pada 400 watt. Setelah fase plasma selesai setiap spesies reaktif akan bergabung kembali membentuk senyawa stabil berupa air dan oksigen.

e. Sterilisasi suhu rendah uap Formaldehid

Sifat bakterial gas formaldehid telah dikenal sejak lama, gas ini bekerja membunuh mikroorganisme melalui mekanisme alkilasi. Formaldehid telah lama digunakan untuk mendesinfeksi ruangan, lemari maupun instrumen-instrumen. Akan tetapi Formaldehid tidak dapat digunakan untuk sterilisasi alat rentan panas, khususnya lumen kecil. Karena adanya penetrasi yang lemah. Namun apabila dikombinasikan dengan steam dibawah tekanan atmosfer, daya penetrasinya meningkat sehingga sterilisasi dapat dicapai dengan lebih mudah.

Menurut (Tille, 2017). Sterilisasi dapat dilakukan baik dengan metode fisika dan kimia

a. Sterilisasi dengan metode fisika dapat dilakukan dengan cara:

1) Pemanasan

a) Pemanasan kering

➤ **Pemijaran**

Metode ini dengan memanaskan alat biasanya berupa ose di atas api bunsen sampai ujung ose memijar.



➤ **Pembakaran**

Pembakaran dilakukan untuk alat-alat dari bahan logam atau kaca dengan cara dilewatkan di atas api bunsen namun tidak sampai memijar. Misalkan:

- a) melewati mulut tabung yang berisi kultur bakteri di atas api Bunsen;
- b) memanaskan kaca objek di atas api busnen sebelum digunakan;
- c) memanaskan pinset sebelum digunakan untuk meletakkan disk antibiotik pada cawan petri yang telah ditanam bakteri untuk pemeriksaan uji kepekaan antibiotik.

➤ ***Hot air oven***

Sterilisasi dengan metode ini digunakan untuk benda-benda dari kaca/gelas, petri, tabung Erlenmeyer, tidak boleh bahan yang terbuat dari karet atau plastic. Oven Suhu 160-180°C selama 1.5-3 jam. Alat-alat tersebut terlebih dahulu dibungkus menggunakan kertas sebelum dilakukan sterilisasi.



Gambar 1. *Hot air oven*

➤ *Insinerator*

Bahan-bahan infeksius seperti jarum bekas suntikan yang ditampung dalam *safety box biohazard*, darah, dilakukan sterilisasi dengan menggunakan insinerator. Hasil pemanasan dengan suhu 8700-9800 C akan menghasilkan polutan berupa asap atau debu. Hal ini yang menjadi kelemahan dari sterilisasi dengan metode insenerasi. Namun, metode ini dapat meyakinkan bahwa bahan infeksius dapat dieliminasi dengan baik yang tidak dapat dilakukan dengan metode lainnya.

b) Pemanasan basah

Merupakan pemanasan dengan tekanan tinggi, contohnya adalah dengan menggunakan autoklav. Sterilisasi dengan metode ini dapat digunakan untuk sterilisasi biohazard (bakteri limbah hasil praktikum) dan alat-alat yang tahan terhadap panas (bluetip, mikropipet), pembuatan media, dan sterilisasi cairan. Pemanasan yang digunakan pada suhu 1210C selama 15 menit. Pemanasan basah dapat menggunakan

➤ Autoklaf manual

Metode ini menggunakan ketinggian air harus tetap tersedia di dalam autoklaf. Sterilisasi menggunakan autoklaf manual tidak dapat ditinggal dalam waktu lama. Autoklaf manual setelah suhu mencapai 1210C setelah 15 menit, jika tidak dimatikan maka suhu akan terus naik, air dapat habis, dan dapat meledak.

➤ Autoklaf digital/otomatis

Alat ini dapat diatur dengan suhu mencapai 1210C selama 15 menit. Setelah suhu tercapai, maka suhu akan otomatis turun sampai mencapai 500C dan tetap stabil pada suhu tersebut. Jika digunakan untuk sterilisasi media, suhu ini sesuai karena untuk emmbuat media diperlukan suhu 50-700 C.



Gambar 2. Autoklaf manual dan otomatis

2) Radiasi

Radiasi ionisasi digunakan untuk mensterilkan alat-alat berupa bahan plastic seperti kateter, plastic spuit injeksi, atau sarung tangan sebelum digunakan. Contoh radiasi ionisasi adalah metode pada penggunaan microwave yaitu dengan menggunakan panjang gelombang pendek dan sinar gamma *high energy*.

3) Filtrasi (penyaringan)

Metode ini digunakan untuk sterilisasi bahan-bahan yang sensitif terhadap panas seperti radioisotope, kimia toksik.

- i. Filtrasi berupa cairan dengan menggunakan prinsip melewati larutan pada membrane selulosa asetat atau selulosa nitrat.
- ii. Filtrasi berupa udara dengan menggunakan *high-efficiency particulate air* (HEPA) untuk menyaring organisme dengan ukuran lebih besar dari $0.3 \mu\text{m}$ dari ruang *biology safety cabinet* (BSCs).

5.2 Sterilisasi dengan metode kimiawi

- 1) Uap formaldehyde atau hydrogen peroksida digunakan untuk sterilisasi filter HEPA pada BSCs

- 2) Glutaraldehyde bersifat sporisidal, yaitu membunuh spora bakteri dalam waktu 3-10 jam pada peralatan medis karena tidak merusak lensa, karet, dan logam, contohnya adalah alat untuk bronkoskopi.

5.2.1 Adapun Salah satu Cara sterilisasi yaitu :

- 1) Direbus yaitu mendisinfeksi alat dalam air mendidih selama 15 sampai 20 menit, misalnya alat dari logam dan kaca.
- 2) Dengan autoklaf selama 15 menit pada suhu 121°C
- 3) Dengan panas kering pada suhu 180 °C selama 1 jam atau 160 °C selama 2 jam
- 4) Desinfeksi dengan bahan kimia (misalnya larutan klorin 0,5%) untuk bahan yang cepat rusak bila terkena panas misalnya sarung tangan karet (Kesehatan, 2012)

5.2.2 Hal-hal yang harus Perhatian saat melaksanakan sterilisasi

- a) Sterilisator harus dalam keadaan siap pakai
- b) Peralatan harus bersih dan masih berfungsi
- c) Peralatan yang dibungkus harus diberi label yang jelas mencantumkan : nama, jenis a
- d) Menyusun peralatan di dalam sterilisator harus sedemikian rupa, sehingga seluruh bagian dapat disterilkan.
- e) Waktu yang diperlukan untuk mensterilkan setiap jenis peralatan harus tepat (hitung sejak peralatan disterilkan).
- f) Dilarang keras memasukkan atau menambahkan peralatan lain kedalam sterilisator, sebelum waktu untuk mensterilkan selesai
- g) Memindahkan peralatan yang sudah steril tempatnya harus dengan korentang steril
- h) Untuk mendinginkan peralatan steril dilarang membuka bungkus maupun tutupnya
- i) Bila peralatan yang baru disterilkan terbuka peralatan tersebut harus sterilkan kembali.

DAFTAR PUSTAKA

- Bandiyah, S. 2013. *Kerampilan Dasar Dalam Keperawatan* (1st ed.). Yogyakarta: Nuha Medika.
- Darmadi. 2008. *Infeksi Nasokomial*. Jakarta: Salemba medika.
- Depkes RI. 2009. Pedoman instalasi pusat sterilisasi.pdf. *Departemen Kesehatan RI*.
- Kesehatan, K. R. 2012. *Standar Pencegahan Dan Pengendalian Pelayanan kesehatan gigi dan mulut di Fasilitas Kesehatan*. Jakarta.
- Suprpto Ma'at. 2009. *Sterilisasi dan Desinfeksi* (1st ed.). Surabaya: Airlangga University Press.
- Tille, P. M. 2017. Bailey & Scott's Diagnostic Microbiology. In *Basic Medical Microbiology* (fourteenth, p. 45). St. Louis Missouri: Elsevier.

BAB 6

PRINSIP-PRINSIP YANG MEMENGARUHI KEBERHASILAN STERILISASI DAN DESINFEKSI

Oleh Suprpto

6.1 Pendahuluan

Pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial menjadi tantangan diseluruh dunia karena infeksi nosokomial dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas serta meningkatkan biaya kesehatan disebabkan terjadi penambahan waktu pengobatan dan perawatan di rumah sakit. Sterilisasi merupakan suatu proses menghancurkan atau memusnahkan semua mikroorganisme termasuk spora, dari sebuah benda atau lingkungan. Peranan sterilisasi pada pembuatan makanan yaitu berfungsi untuk menjamin keamanan terhadap pencemaran oleh mikroorganisme dan memperpanjang waktu simpan (Purnawijayanti, 2001).

Sterilisasi adalah proses pengolahan suatu alat atau bahan dengan tujuan mematikan semua mikroorganisme termasuk endospora pada suatu alat/bahan. Sterilisasi adalah cara yang paling aman dan paling efektif untuk pengelolaan alat kesehatan yang berhubungan dengan darah atau jaringan di bawah kulit yang secara normal bersifat steril (Darmadi, 2008). Sterilisasi adalah suatu cara untuk membebaskan sesuatu (alat, bahan, media, dan lain-lain) dari mikroorganisme yang tidak diharapkan kehadirannya baik yang patogen ataupun yang apatogen. Atau juga bisa dikatakan sebagai proses untuk membebaskan suatu benda dari semua mikroorganisme, baik bentuk vegetatif maupun bentuk spora (Jawetz *et al.*, 2005).

Steril sendiri merupakan syarat mutlak keberhasilan kerja dalam laboratorium mikrobiologi. Maka dari itu, dalam bekerja di dalam laboratorium, wajib mengetahui tentang

sterilisasi, desinfeksi serta antiseptik. Teknik-teknik tertentu diperlukan agar sterilisasi dapat dilakukan secara sempurna, dalam arti tidak ada mikroorganisme lain yang mengkontaminasi media. Mengetahui dan memahami teknik sterilisasi dan desinfeksi merupakan salah satu langkah untuk mencegah terjadinya kontaminasi, maupun pencegahan terhadap terjadinya penularan penyakit melalui perlakuan karena tidak memahami tentang sterilisasi, antiseptik maupun desinfeksi.

Sterilisasi merupakan suatu proses pembebasan bahan atau alat dari semua bentuk organisme hidup. Berdasarkan alat yang digunakan maka sterilisasi ada dikelompokkan atas 2 yaitu sterilisasi basah dan sterilisasi kering. Sterilisasi basah menggunakan autoclave, umumnya yang disterilkan bahan-bahan mengandung air seperti media, aquades atau larutan lainnya. Sedangkan sterilisasi kering menggunakan oven, umumnya yang disterilkan peralatan peralat seperti tabung reaksi, cawan petri dll. Berdasarkan prosedur kerja maka sterilisasi dibedakan atas sterilisasi secara fisik, mekanik dan kimiawi.

Desinfeksi adalah membunuh mikroorganisme penyebab penyakit dengan bahan kimia atau secara fisik yang digunakan untuk mengurangi kemungkinan terjadinya infeksi dengan jalan membunuh mikroorganisme patoge. Desinfeksi adalah membunuh mikroorganisme penyebab penyakit dengan bahan kimia atau secara fisik, hal ini dapat mengurangi kemungkinan terjadi infeksi dengan jalan membunuh mikroorganisme patogen. Desinfektan yang tidak berbahaya bagi permukaan tubuh dapat digunakan dan bahan ini dinamakan antiseptik. Antiseptik adalah zat yang dapat menghambat atau menghancurkan mikroorganisme pada jaringan hidup, sedangkan desinfeksi digunakan pada benda mati. Desinfektan dapat pula digunakan sebagai antiseptik atau sebaliknya tergantung dari toksisitasnya.

Desinfeksi adalah proses menghilangkan sebagian besar atau semua mikroorganisme patogen kecuali spora bakteri yang terdapat di permukaan benda mati (non-biologis, seperti pakaian, lantai, dinding) (*Centers for Disease Control and*

Prevention, CDC). Desinfeksi dalam pengertian medis merupakan suatu proses dengan metode tertentu dapat memberikan hasil akhir, yaitu suatu bentuk keadaan yang tidak dapat ditunjukkan lagi adanya mikroorganisme hidup.

6.1.1 Prinsip-Prinsip Yang Memengaruhi Keberhasilan Sterilisasi

Prinsip dasar sterilisasi yaitu memperpanjang umur simpan bahan pangan dengan cara membunuh mikroorganisme yang ada di dalamnya. Mikroorganisme yang tumbuh pada produk pangan biasanya dapat mencemari produk pangan dan membuat makanan lebih cepat basi. Mikroorganisme pembusuk tersebut bisa berupa bakteri, khamir (*yeast*) dan kapang (jamur) (Purnawijayanti, 2005). Kerangka dasar penyusunan laporan keuangan syariah menyajikan konsep yang mendasari penyusunan dan penyajian laporan keuangan bagi para penggunaannya. Transaksi yang dimaksud dalam kerangka dasar ini berdasarkan prinsip syariah dan bukan merupakan standar akuntansi keuangan yang mendefinisikan standar untuk permasalahan pengukuran atau pengungkapan tertentu. Bahwa terbukti untuk mencegah atau mengendalikan infeksi tenaga kesehatan dapat menggunakan konsep steril ataupun bersih. Salah satu upaya untuk mengontrol pertumbuhan mikroorganisme di rumah sakit adalah kegiatan desinfeksi dan sterilisasi. Sterilisasi adalah proses pengolahan suatu alat atau bahan dengan tujuan mematikan semua mikroorganisme termasuk endospore pada suatu alat atau bahan. Teknik sterilisasi ruangan ada beberapa metode diantaranya adalah penyinaran, penyaringan dan sterilisasi dengan bahan kimia atau gas. Sterilisasi ruangan di ruangoperasi pada umumnya menggunakan sinar ultraviolet dan bahan kimia atau desinfektan.

Prosedur tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi mutlak harus diterapkan di rumah sakit. Mencegah infeksi setelah tindakan operasi adalah sebuah proses kompleks yang bermula di kamar operasi dengan mempersiapkan dan mempertahankan lingkungan yang aman untuk melakukan pembedahan. Program pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit penting bagi kesehatan pasien dan keselamatan

petugas, pengunjung dan lain-lain di lingkungan rumah sakit. Pelaksanaan kebersihan tangan, pemakaian alat pelindung diri, pemrosesan peralatan pasien, pengelolaan limbah, pengelolaan lingkungan, program kesehatan petugas kesehatan, penempatan pasien, hygiene respirasi, praktek menyuntik yang aman dan praktek untuk lumbar punksi belum berjalan sesuai dengan pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi Kementerian Kesehatan (Masloman, 2015). Infeksi nosokomial terjadi pada saat pasien dirawat inap, sebagai fasilitas layanan kesehatan memiliki peran yang penting dalam memberikan layanan kesehatan yang bermutu, efektif dan efisien serta menjamin *patient safety* sesuai dengan standar yang ditentukan (Suprpto, 2021).

Prinsip dasar sterilisasi yaitu memperpanjang umur simpan bahan pangan dengan cara membunuh mikroorganisme yang ada di dalamnya. Mikroorganisme yang tumbuh pada produk pangan biasanya dapat mencemari produk pangan dan membuat makanan lebih cepat basi. Sterilisasi adalah pembebasan suatu material bahan ataupun alat dari berbagai mikroorganisme hidup atau stadium istirahatnya. Sel –sel vegetatif bakteri dan fungi dapat dimatikan pada suhu 60 °C dan dalam waktu 5 – 10 menit. Namun spora fungi dapat mati pada suhu di atas 80 °C dan spora bakteri baru mati di atas suhu 120 °C selama 15 menit. Sterilisasi dan pasteurisasi dapat di capai dengan cara pemanasan lembab, pemanasan kering, filtrasi, penyinaran, atau bahan kimia. Semakin tinggi tingkat kontaminasi mikroorganisme pada suatu alat ataupun bahan maka jumlah spora semakin banyak yang termos resisten sehingga di perlukan waktu pemanasan yang lebih lama (Tsai *et al.*, 1994).

Faktor-faktor yang mempengaruhi sterilisasi ini termasuk kelembaban, konsentrasi gas, suhu dan distribusi gas dalam chamber pengsterilan. Penghancuran bakteri tergantung pada adanya kelembaban, gas dan suhu dalam bahan pengemas, penetrasi melalui bahan pengemas, pada pengemas pertama atau kedua, harus dilakukan, persyaratan desain khusus pada bahan pengemas (Rizkiyatussani, *et al.*, 2019).

Faktor-faktor yang mempengaruhi sterilisasi:

a) Faktor kuman

Bila mikroorganisme yang berkontaminasi pada alat banyak berkurang oleh karena pembersihan, maka sterilisasi hanya memerlukan waktu kontak yang relatif singkat.

Keadaan alamiah mikroorganisme pada spesies yang berbeda mempunyai kepekaan terhadap panas atau zat kimia yang berlainan pula. Perbedaan paling jelas ialah diantara sel vegetatif dengan endospora bakteri dimana lingkungan dapat meningkatkan atau menurunkan daya kerja zat kimia tersebut.

b) Faktor penularan penyakit

Dalam pengendalian penyebaran infeksi, tindakan yang harus dilakukan adalah memutuskan mata rantai proses penularan penyakit, yang dikenal dengan istilah "*circulair chain of the infectious process*", yaitu : a) Penyebab (*causative agent*) merupakan mata rantai pertama yang harus dimusnahkan, biasanya penyebab penyakit menular ini adalah mikroorganisme baik kuman, virus, jamur dan sebagainya, untuk memusnahkannya dapat dilakukan dengan sterilisasi.

c) Penampung (*reservoir*)

Merupakan tempat-tempat mikroorganisme hidup dan berkembang biak, maka untuk mematahkan mata rantai harus selalu dijaga kebersihan ruangan, lingkungan serta alat-alat yang dipergunakan di tempat perawatan, selain itu operator harus selalu menyadari bahwa setiap pasien mungkin merupakan pembawa dan sumber infeksi.

d) Pintu keluar (*portal of exit*) yaitu rute atau jalur yang dilalui kuman-kuman pathogen meninggalkan tubuh manusia.

e) Pemindahan (*mode of transfer*) adalah penularan bibit penyakit yang dapat terjadi dengan berbagai cara diantaranya melalui udara, sentuhan badan atau melalui peralatan.

f) Pintu masuk (*portal of entry*) yaitu masuknya kuman-kuman pathogen ke tubuh manusia, dapat melalui saluran pencernaan, saluran pernapasan, kulit dan selaput lender.

- g) Kerentanan penerima (*susceptible host*) mata rantai ini sukar dipatahkan karena tergantung pada daya tahan dan kesehatan perorangan.
- h) Faktor pelaksana
Hal-hal yang perlu diperhatikan pada faktor pelaksana antara lain: hygiene pribadi dan hygiene tangan yang baik. Faktor pelaksanaan meliputi kebersihan badan dari ujung rambut sampai ujung kaki. Pelaksana selalu berpenampilan rapih, memakai baju pelindung dan masker serta memperhatikan kebersihan tangan untuk menghindari pemindahan kuman ke pasien atau sebaliknya (Sudianto KF, 2000).

Faktor yang mempengaruhi proses sterilisasi;

- a) Materi Penyusun Alat/Bahan yang Disterilkan;
Materi penyusun suatu alat akan mempengaruhi daya tahan alat tersebut. Ketahanan alat/bahan itulah yang mempengaruhi keefektifan suatu proses sterilisasi, apabila materi penyusun alat/bahan tersebut tidak tahan panas maka sterilisasi tidak akan efektif karena suhu sterilisasi tidak bisa tinggi.
- b) Kondisi Alat/Bahan
Apabila suatu alat.bahan digunakan untuk interaksi langsung dengan mikroorganisme pengotor, maka diperlukan waktu sterilisasi ekstra agar semua jasad renik yang ada pada alat/bahan yang ada pada alat/bahan mati.
- c) Ukuran Wadah Pensterilan
Semakin besar wadah pensterilan maka semakin sulit menjamin semua permukaan terkena panas, sehingga kesterilan pun tidak bisa dijamin.
- d) Ketahanan Tubuh Mikroba
Semakin tahan tubuh mikroba maka diperlukan perlakuan tambahan untuk mensterilkannya, misalnya peningkatan suhu, pengendalian pH, dsb.
- e) Suhu dan Waktu
Semakin tinggi suhu dan lama sterilisasi akan menyebabkan perubahan warna menjadi lebih gelap, menurunkan viskositas.

Metode sterilisasi panas kering lebih unggul dalam hal lama keadaan bebas bakteri dan rerata jumlah koloni yang tumbuh. Terdapat perbedaan efektifitas pada pemrosesan alat menggunakan teknik panas kering dan DTT teknik rebus. Sterilisasi panas kering lebih efektif dalam pemrosesan instrumen bekas pakai (Yudianti, dkk, 2017). Teknik sterilisasi, steril adalah suatu keadaan dimana suatu zat bebas dari mikroba hidup, baik yang patogen (menimbulkan penyakit) maupun apatogen/non patogen (tidak menimbulkan penyakit), baik dalam bentuk vegetatif (siap untuk berkembang biak) maupun dalam bentuk spora (dalam keadaan statis, tidak dapat berkembang biak, tetapi melindungi diri dengan lapisan pelindung yang kuat) Tidak semua mikroba dapat merugikan, misalnya mikroba yang terdapat dalam usus yang dapat membusukkan sisa makanan yang tidak terserap oleh tubuh. Mikroba yang patogen misalnya *Salmonella typhosa* yang menyebabkan penyakit *typhus*, *E.coli* yang menyebabkan penyakit perut.

Sterilisasi adalah suatu proses untuk membuat ruang/benda menjadi steril atau suatu proses untuk membunuh semua jasad renik yang ada, sehingga jika ditumbuhkan di dalam suatu medium tidak ada lagi jasad renik yang dapat berkembang biak. Sterilisasi harus dapat membunuh jasad renik yang paling tahan panas yaitu spora bakteri (Fardiaz, 1992). Sterilisasi merupakan suatu proses pembebasan bahan atau alat dari semua bentuk organisme hidup.

6.1.2 Prinsip-Prinsip Yang Memengaruhi Keberhasilan Desinfeksi

Desinfektan adalah bahan yang digunakan untuk melaksanakan desinfeksi. Seringkali sebagai sinonim digunakan istilah antiseptik, tetapi pengertian desinfeksi dan desinfektan biasanya ditunjukkan terhadap benda-benda mati, seperti lantai, piring dan pakaian. Pencegahan dan pengendalian infeksi nosokomial tidak akan lepas dari upaya mengeliminasi mikroba pathogen. Menyadari akan pentingnya suatu kondisi yang bebas mikroba pathogen, maka diperlukan suatu upaya mengeliminasi

mikroba pathogen, salah satu upaya yaitu dengan desinfeksi ruangan (Irianto, 2007).

Desinfeksi adalah proses menghilangkan sebagian besar atau semua mikroorganisme patogen, kecuali endospora bakteri, yang terdapat di permukaan benda mati (non biologis, seperti dinding, lantai, peralatan dan lainnya), ruangan, pakaian dan Alat Pelindung Diri (APD). Desinfeksi kimia merupakan suatu proses yang efisien, tetapi sangat mahal jika harga desinfektannya tinggi. Agar pelaksanaan berlangsung dengan aman diperlukan teknisi ahli yang dibekali dengan peralatan pelindung yang memadai. Desinfeksi berarti mematikan atau menyingkirkan organisme yang dapat menyebabkan infeksi. Macam macam bahan desinfeksi :

- a) *Sinar Ultraviolet*, Efektifitas desinfeksi dengan sinar UV dipengaruhi oleh luas ruangan dan lama waktu pemaparan. Semakin jauh dari jarak dari lampu maka semakin kecil kekuatannya. Masing-masing organisme memiliki daya tahan yang berbeda-beda. Pemanfaatan sinar UV sebagai sarana desinfeksi mempunyai keuntungan mudah dilakukan, tidak menggunakan bahan kimia, dan biayanya relative murah.
- b) Desinfektan “V”; merupakan desinfektan virusidal yang diformulasikan secara unik dan mengandung zat aktif berupa campuran senyawa peroksigen (garam triple KHSOs, KHSO₄, dan K₂SO₄), surfaktan, asam organik dan sistem buffer anorganik. Desinfektan ini juga mengandung zat aktif berupa surfaktan, asam organik atau katalisator, zat pengoksidasi dan buffer anorganik yang secara seimbang dapat mematikan berbagai mikroorganisme, termasuk bakteri, jamur, mikroplasma dan virus. Pada virus desinfektan “V” dapat berpenetrasi dan menghancurkan lapisan protektif envelop virus dan selanjutnya bereaksi dan mengoksidasi asam nukleat virus.
- c) Desinfektan “M” adalah bahan desinfektan siap pakai untuk desinfeksi permukaan dan objek dalam rumah sakit, antara lain seluruh permukaan dalam ruang operasi, ruang ICU, ruang NICU, ruang PICU, laboratorium, perawatan termasuk objek-objek seperti meja operasi, kursi, pintu dan sebagainya.

Faktor yang mempengaruhi proses desinfeksi;

- a) Sifat Bahan yang Akan Didesinfeksi
Permukaan benda yang paling mudah didesinfeksi adalah permukaan benda yang sifatnya licin tanpa pori-pori dan mudah dibersihkan. Permukaan yang berpori-pori sulit untuk didesinfeksi terutama bila mikroorganisme terperangkap di dalam pori-pori tersebut bersamaan dengan bahan-bahan organik
- b) Jumlah Mikroorganisme yang Terdapat Pada Benda yang Akan Didesinfeksi
Makin banyak jumlah mikroorganisme pada permukaan benda yang akan didesinfeksi, makin panjang waktu pemaparan dengan desinfektan yang akan dibutuhkan sebelum seluruh populasi mikroorganisme dapat dibunuh.
- c) Sifat Mikroorganisme Itu Sendiri
Sifat mikroorganisme mempengaruhi daya tahannya terhadap desinfektan adalah spora bakteri.
- d) Jumlah Bahan Organik yang Mencemari Alat yang Akan Didesinfeksi
Darah, lendir, atau feses yang mencemari alat/bahan yang akan didesinfeksi, karena dengan adanya bahan organik tersebut, mikroorganisme terlindung dari aktivitas desinfektan.
- e) Jenis dan Konsentrasi Desinfektan yang Digunakan
Umumnya bila konsentrasi desinfektan dinaikkan, waktu pemaparan makin pendek.
- f) Lama dan Suhu Pemaparan
Secara umum, makin lama waktu pemaparan terhadap desinfektan, makin besar daya bunuh kuman terjadi. Tetapi hal ini tidak berlaku terhadap desinfektan tingkat rendah karena berapa lama pun pemaparan dilakukan, hanya mampu membunuh mikroorganisme tertentu sesuai dengan kemampuannya

Desinfeksi adalah membunuh mikroorganisme penyebab penyakit dengan bahan kimia atau secara fisik, hal ini dapat mengurangi kemungkinan terjadi infeksi dengan jalan membunuh mikroorganisme patogen. Adapun beberapa metode desinfeksi ruangan sebagai berikut:

a) Metode Pengepelan

Cara disinfeksi ini menggunakan bahan disinfektan yang dicairkan kedalam air, dan dilakukan dengan cara membasahi lantai. Keunggulan dari cara ini efektif dalam menurunkan kuman lantai, dan dapat menjangkau seluruh sudut ruangan lantai. Akan tetapi cara ini mempunyai kelemahan yaitu dapat mencelakai siapapun yang tidak berhati-hati melewati bagian yang basah, sehingga memerlukan waktu yang relatif lama untuk kering.

b) Metode Pengkabutan atau *Fogging*

Cara disinfeksi ini sering sekali dilakukan diberbagai rumah sakit di Indonesia. Disinfeksi ini menggunakan bahan disinfektan, dan dengan metode pengkabutan ruangan menggunakan fogger. Keunggulan dari cara ini adalah dapat menjangkau seluruh ruangan dan sudut ruang. Bahan disinfektan yang berupa kabut dapat membunuh mikroorganisme di udara ataupun di lantai. Akan tetapi kelemahan dari cara ini, dapat menimbulkan noda atau bercak pada dinding, dan petugas harus terpapar langsung.

c) Ozonisasi

Cara sterilisasi ini menggunakan gas O₃ yang dikeluarkan dari alat tersebut. Gas ini dapat menurunkan kuman udara dengan variasi waktu yang diinginkan. Alat ini dapat menjangkau semua sudut ruangan, namun alat ini hanya dapat membunuh kuman non pathogen.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi desinfektan diantaranya sebagai berikut(Darmadi, 2008);

a) Faktor Mikrobia

Faktor mikrobia patogen, beberapa mikrobia patogen memiliki daya tahan lebih baik dibandingkan dengan yang lainnya. Misalnya M. Tuberculosis relatif tahan dibandingkan dengan mikrobia vegetative lainnya.

Jumlah mikrobia patogen, Semakin banyak mikrobia patogen, maka beban kerja disinfektan akan semakin berat.

b) Faktor Peralatan Medis

Adanya perlakuan-perlakuan sebelumnya, yaitu proses dekontaminasi dan proses pembersihan. Kedua perlakuan

tersebut sangat penting, terutama proses pembersihan agar proses disinfeksi dapat dikerjakan secara optimal. Beban kandungan materi organik, adanya materi organik dapat mempengaruhi kerja desinfektan dengan cara melakukan pengikatan terhadap zat aktif desinfektan. Struktur fisik peralatan medis dengan permukaan rata dan rumit mempengaruhi efektivitas desinfektan dengan cara mengikat zat aktif desinfektan. Adanya larutan yang berisi mineral seperti calcium dan magnesium yang menempel pada peralatan medis dapat mempengaruhi efektivitas desinfektan dengan cara mengikat zat aktif desinfektan.

- c) Waktu pemaparan, lamanya waktu kontak antara desinfektan dengan mikroba pathogen yang akan dieliminasi sangat mempengaruhi.
- d) Faktor desinfektan, tingkat keasaman atau kebasaan (pH) desinfektan. Tergantung dari desinfektannya, ada yang bekerja secara optimal pada suasana asam atau suasana basa,

Pembersihan dan disinfeksi merupakan salah satu tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi yang bisa dilakukan di level individu dan rumah untuk memutus rantai penyebaran Coronavirus (Arinda, Lironika and Zora, 2020). Metode untuk membunuh kuman (disinfeksi) untuk air minum isi ulang yang sudah ada adalah menggunakan metode ozonisasi dan metode sinar ultra violet. Penelitian ini untuk membandingkan hasil akhir kandungan mikrobiologi dari kedua metode disinfeksi yang menggunakan ozon dengan ultraviolet dimana yang menjadi obyek penelitiannya adalah depot air minum isi ulang yang menggunakan ozonisasi dan sinar ultra violet (Sofia, 2019). Menerapkan prosedur dan panduan cara disinfeksi yang baik dan benar, disesuaikan dengan kemampuan dan kebutuhan masing-masing, guna mencegah penyebaran Covid-19 (Alfian, dkk, 2021).

Disinfektan bekerja dengan menghancurkan dinding sel mikroba atau mengganggu metabolisme. Sedangkan biocides adalah bahan kimia atau mikroorganisme untuk menghancurkan, menghalangi bakteri, jamur, dan lainnya agar tidak berbahaya. Teknik disinfeksi yang digunakan dalam

melakukan tindakan pencegahan terhadap infeksi silang pada hasil cetakan alginat adalah melalui tindakan perendaman dan penyemprotan. Permasalahan yang dapat timbul setelah tindakan desinfeksi adalah perubahan keakuratan dimensional dari bahan cetak. Oleh karena itu perlu diperhatikan bahwa tujuan desinfeksi bahan cetak secara efektif untuk membunuh mikroorganisme patogen tanpa merusak dan mengurangi keakuratan dimensionalnya (Kotsiomi, *et al*, 2008). Terdapat pengaruh pada stabilitas dimensional dengan teknik desinfeksi perendaman. Tetapi penggunaan larutan desinfektan yang berbeda tidak memiliki pengaruh dan perbedaan bermakna karena penggunaan pada tiap-tiap larutan memiliki hasil rata-rata yang relatif tidak jauh berbeda.

Sterilisasi merupakan suatu proses pembebasan bahan atau alat dari semua bentuk organisme hidup. Sedangkan desinfeksi adalah membunuh mikroorganisme penyebab penyakit dengan bahan kimia atau secara fisik, hal ini dapat mengurangi kemungkinan terjadi infeksi dengan jalan membunuh mikroorganisme patogen. Tujuan dilakukannya sterilisasi dan desinfeksi adalah untuk mencegah terjadinya infeksi, mencegah kontaminasi mikroorganisme dalam industri, mencegah kontaminasi mikroorganisme yang dapat merusak makanan, dan mencegah terkontaminasinya terhadap bahan yang dipakai untuk biakan murni. Dalam melakukan sterilisasi terdapat tiga cara yaitu sterilisasi secara mekanik, fisik, dan kimiawi. Untuk desinfeksi sendiri dibagi menjadi 10 golongan desinfektan yaitu fenol dan golongannya, alkohol, yodium, preparat chlor, logam berat, sabun dan detergen, senyawa ammonium quartener, oksidator, aerosol, dan fumigasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfian, F., Brahmanti, R. S. and Anditiarina, D. 2021. 'Tatalaksana Disinfeksi Bandar Udara saat Pandemi Covid-19', *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan: Publikasi Ilmiah Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya*, 8(3), pp. 203–210.
- Arinda, S., Lironika, O. and Zora, R. N. 2020. 'Upaya memutus penyebaran COVID-19 di desa Kemuning Lor Jember dengan sosialisasi dan pelatihan disinfeksi di rumah', *J-Dinamika: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, pp. 19–24.
- Darmadi, S. 2008. 'Infeksi Nosokomial Problematika & Pengendaliannya', *Jakarta: Salemba Medika*.
- Fardiaz, S. 1992. 'Polusi air & udara'.
- Jawetz, E. *et al.* 2005. 'Mikrobiologi kedokteran', *Jakarta: EGC*.
- Kotsiomiti, E., Tziolla, A. and Hatjivasiliou, K. 2008. 'Accuracy and stability of impression materials subjected to chemical disinfection—a literature review', *Journal of Oral Rehabilitation*, 35(4), pp. 291–299.
- Masloman, A. P. 2015. 'Analisis pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi di kamar operasi RSUD Dr Sam Ratulangi Tondano', *Jikmu*, 5(3).
- Purnawijayanti, H. A. 2001. 'Higiene, Sanitasi, dan Keselamatan Kerja Dalam Pengolahan Pangan', *Yogyakarta. Kamisius*, pp. 78–80.
- Purnawijayanti, H. A. 2005. 'Sanitasi higiene dan keselamatan kerja dalam pengolahan makanan'.
- Rizkiyatussani, Her Gumiwang Ariswati and Syaifudin. 2019. 'Five Channel Temperature Calibrator Using Thermocouple Sensors Equipped With Data Storage', *Journal of Electronics, Electromedical Engineering, and Medical Informatics*, 1(1), pp. 1–5. doi: 10.35882/jeeemi.v1i1.1.
- Sofia, D. R. 2019. 'Perbandingan Hasil Disinfeksi Menggunakan Ozon Dan Sinar Ultra Violet Terhadap Kandungan Mikroorganisme Pada Air Minum Isi Ulang', *AGROSCIENCE*, 9(1), pp. 82–92.
- Sudianto KF. 2000.) *Modul Penggunaan dan Pemeliharaan Alat-*

alat Kesehatan Gigi. Surabaya: Akademi Kesehatan Gigi.

- Suprpto, S. 2021. 'Nurse Compliance in Implementing Post Op Wound Care Standard Operating Procedures', *Media Keperawatan Indonesia*, 4(1), p. 16. doi: 10.26714/mki.4.1.2021.16-21.
- Tsai, J.-C. *et al.* 1994. 'Promotion of vascular smooth muscle cell growth by homocysteine: a link to atherosclerosis', *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 91(14), pp. 6369–6373.
- Yudianti, I., Suprpti, S. and Hupitoyo, H. 2017. 'Perbandingan Efektifitas Sterilisasi Panas Kering dan Desinfeksi Tingkat Tinggi Teknik Rebus terhadap Pertumbuhan *Escherichia Coli*', *Jurnal Pendidikan dan Pelayanan Kebidanan Indonesia*, 2(1), p. 53. doi: 10.24198/ijemc.v2i1.66.

BAB 7

KONSEP PENCEGAHAN PENYAKIT

Oleh Amalia

7.1 Pendahuluan

Kesehatan merupakan kondisi sehat secara fisik, mental, spritual dan sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif baik secara sosial serta ekonomi (Republik Indonesia, 2009). Keadaan sehat selayaknya harus dipertahankan bahkan ditingkatkan agar tidak berubah menjadi keadaan sakit.

Untuk mempertahankan kesehatan diperlukan upaya agar dapat melakukan aktivitas atau kegiatan, untuk itu perlu dilakukan usaha dalam mencegah penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit, dan pemulihan kesehatan (Republik Indonesia, 2009). Sesuai dengan amanah yang tertuang didalam undang-undang kesehatan bahwa peningkatan kesehatan merupakan segala bentuk upaya yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat untuk mengoptimalkan kesehatan melalui kegiatan penyuluhan, penyebarluasan informasi, atau kegiatan lain untuk menunjang tercapainya hidup sehat. Upaya peningkatan dan mempertahankan kesehatan dapat dilakukan dengan cara meminimalisir resiko yaitu dengan melakukan kegiatan pencegahan (Kemenkes RI, 2014; Republik Indonesia, 2009).

Pencegahan berasal dari kata “cegah” yang berarti sebuah proses, cara dan perbuatan yang dilakukan terhadap faktor yang dapat menimbulkan komplikasi. Sedangkan penyakit berasal dari kata sakit yang bermakna suatu kondisi yang dapat menyebabkan terjadinya gangguan pada makhluk dengan faktor pencetus antara lain bakteri, virus serta kelainan fungsi organ tubuh dan juga disebabkan oleh kebiasaan buruk (KBBI, 2022). Pencegahan penyakit bertujuan untuk mengenali, menemukan dan meminimalisir segala bentuk kemungkinan

penyebab penyakit yang mungkin dapat muncul atau diderita (Kompas, 2020)

Pencegahan penyakit merupakan upaya yang dapat dilakukan untuk menghindari atau mengurangi risiko, masalah, dan dampak buruk akibat penyakit (Republik Indonesia, 2009). Kondisi tersebut diatas sesuai dengan filosofi peraturan pemerintah nomor 60 tahun 2008 bahwa salah satu fungsi tenaga kesehatan yaitu melakukan tindakan preventif yang lebih populer didengar dalam bentuk kalimat “mencegah lebih baik daripada mengobati” (Republik Indonesia, 2008).

7.2 Trend issue pencegahan penyakit

Kementerian kesehatan di tahun 2021 memiliki komitmen untuk merealisasikan program prioritas terkait pencegahan dan pengendalian penyakit tuberculosis dan covid-19, selain itu terdapat enam kegiatan prioritas antara lain pencegahan stunting, peningkatan pengendalian penyakit baik menular maupun tidak menular, jaminan kesehatan nasional, menurunkan angka kematian ibu dan bayi (Kemenkes RI, 2020b). Selanjutnya di tahun 2022 dalam rang merealisasikan program dan kegiatan prioritas, terutama dalam pencegahan dan pengendalian penyakit Presidensi G20 yang lebih berfokus pada kegiatan membangun ketahanan sistem kesehatan global, harmonisasi mekanisme verifikasi sertifikat vaksin digital, menjamin pemerataan pengembangan dan pendistribusian vaksin, obat serta fasilitas penunjang medis berupa peralatan kesehatan untuk menghadapi pandemi selanjutnya (Kemenkes RI, 2022).

7.3 Jenis Penyakit

7.3.1 Penyakit Menular

Penyakit Menular merupakan kondisi yang disebabkan oleh karena adanya penyakit disertai oleh agen biologi seperti virus, bakteri, jamur dan parasit. Upaya pencegahan penyakit menular lebih mengedepankan aspek promotif dan preventif dengan tujuan menurunkan dan menghilangkan angka

kesakitan, kecacatan, dan kematian, membatasi penularan dan penyebaran penyakit agar tidak meluas (Kemenkes RI, 2014).

Upaya yang dilakukan untuk mendukung agar program penanggulangan/ pencegahan penyakit menular dapat berjalan dengan efektif dan efisiensi harus yang tentunya memerlukan dukungan dari pemerintah dan peran serta masyarakat (Kemenkes RI, 2014).

7.3.2 Penyakit tidak menular

Penyakit tidak menular (PTM) saat ini tidak dapat dipandang sebelah mata karena dianggap sebagai “*silent killer*” dengan kondisi penyakit, yang perkembangannya berjalan dalam jangka waktu yang panjang (kronis) (Kemenkes RI, 2012). Meningkatnya kasus Penyakit Tidak Menular (PTM) secara signifikan menambah beban masyarakat dan pemerintah, karena penanganannya membutuhkan waktu yang tidak sebentar, biaya yang besar dan teknologi tinggi. Hasil Riskesdas 2018 menunjukkan ada 3 dari 10 penderita PTM yang terdeteksi sisanya tidak terdeteksi atau tidak mengetahui bahwa dirinya sakit. Selain itu 70% penderita kanker terdeteksi pada stadium lanjut.(Widyawati, 2022)

7.4 Paradigma Pencegahan Penyakit

Pembangunan kesehatan sejatinya bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya (Kemenkes RI, 2018b). Upaya pencegahan, pengendalian dan pemberantasan dilakukan untuk melindungi, menurunkan angka kesakitan, kecacatan, kematian dan mengurangi dampak sosial melalui kegiatan terstruktur dan teroganisir dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan tradisional (Republik Indonesia, 2009)

- a) Pelayanan kesehatan promotif adalah serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang bersifat promosi kesehatan dalam bentuk penyuluhan dan pendidikan kesehatan

- b) Pelayanan kesehatan preventif tujuan untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan.
- c) Pelayanan kesehatan kuratif berfokus pada pengobatan untuk penyembuhan, pengurangan, pengendalian penyakit serta mencegah komplikasi.
- d) Pelayanan kesehatan rehabilitatif adalah kegiatan mengembalikan kondisi seseorang agar dapat beraktivitas kembali secara normal
- e) Pelayanan kesehatan tradisional adalah pengobatan menggunakan sumber pengalaman dan keterampilan turun temurun yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat. (Republik Indonesia, 2009)

7.5 Pencegahan penyakit

Kegiatan pencegahan dan pengendalian penyakit lebih diutamakan dengan menerapkan aspek promotif dan preventif. Untuk dapat mendeteksi, mencegah, merespon melindungi dan meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat sehingga tidak mudah terpapar penyakit menular dan tidak menular (Kemenkes RI, 2018b).

Pencegahan penyakit dilakukan dengan adanya surveilans, imunisasi, pencegahan penyakit menular dan pencegahan penyakit tidak menular (Kemenkes RI, 2014). Kegiatan nyata yang dapat dilakukan adalah dengan tidak merokok, membatasi konsumsi lemak dan gula secara berlebihan, aktivitas fisik yang rutin, mengkonsumsi makanan sehat (buah dan sayur) dan melakukan pengecekan kesehatan secara teratur (Kemenkes RI, 2020a)

Pencegahan penyakit dapat dilakukan dengan cara promosi kesehatan dalam bentuk seperti penyuluhan, konsultasi, pelatihan yang berfokus dalam merubah perilaku, pemberdayaan, pelatihan dan memanfaatkan media informasi (Kemenkes RI, 2014). Upaya tersebut dapat dilakukan dengan cara pengendalian faktor risiko, deteksi dini, pemberian kekebalan atau imunisasi serta pemberian obat pencegahan secara masal yang tentunya harus didukung oleh pemerintah

fasilitas kesehatan, sumber daya manusia dan pendanaan (Kemenkes RI, 2015). Selanjutnya untuk mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya perlu diselenggarakan upaya kesehatan yang menyeluruh dan terpadu. Upaya pencegahan penyakit dibagi menjadi tiga jenis, yakni pencegahan primer, pencegahan sekunder dan pencegahan tersier;

- a) Upaya primer merupakan usaha yang dilakukan dengan tujuan mencegah orang-orang tersensitisasi atau untuk menghindari dan meminimalisir perkembangan penyakit atau dengan kata lain meminimalisir resiko
- b) Upaya sekunder merupakan usaha yang dilakukan dengan tujuan mendeteksi dini dan pengobatan agar penyakit sehingga tidak terjadi komplikasi.
- c) Upaya tersier bertujuan mencegah komplikasi guna meningkatkan kualitas hidup penderita (Kemenkes RI, 2016a).

7.7 Tujuan pencegahan penyakit

Pencegahan penyakit bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat, daya tanggap dan perlindungan terhadap risiko sosial dan finansial di bidang kesehatan terutama agar menghambat berkembangnya dan meluasnya faktor-faktor risiko yang mengancam kesehatan (Widodo, 2012). Peningkatan status kesehatan masyarakat dapat dilakukan pada semua kontinum siklus kehidupan terutama pencegahan penyakit yang dapat dimulai dari bayi, balita, anak usia sekolah, remaja, kelompok usia kerja, maternal sampai pada kelompok lansia (Kemenkes RI, 2018b) dengan cara memutus siklus penularan penyakit (Kemenkes RI, 2017). Selain itu pencegahan penyakit bertujuan untuk merubah perilaku masyarakat terutama di bidang kesehatan agar terciptanya derajat kesehatan yang lebih baik. Hal tersebut didukung dengan pendapat Becker bahwa perilaku ditentukan oleh kepercayaan jika pencegahan merupakan tindakan yang tidak mahal (Endrawati, 2016).

7.8 Faktor yang mempengaruhi pencegahan penyakit

7.8.1 Perilaku

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo S, 2007) Peningkatan pengetahuan berhubungan dengan upaya mencegah penyakit terutama jika menggunakan media dan metode yang kreatif sehingga edukasi dapat tersampaikan sehingga dapat merubah perilaku menjadi lebih baik (Hamzah B *et al.*, 2021).

Sikap seseorang merupakan hal yang penting karena sikap menentukan apa yang akan ia lakukan karena sikap merupakan suatu evaluasi yang dilakukan manusia terhadap manusia lain, objek, atau suatu ide (Pingkan, 2021). Sikap terbukti berpengaruh signifikan dalam melakukan pencegahan penyakit (Harsismanto J *et al.*, 2019).

Perilaku masyarakat berhubungan dengan pencegahan pandemi covid-19 (Mustopa *et al.*, 2020). Karena tindakan negatif akan menjadi akibat buruk bagi kesehatan. Tindakan negatif yang dapat dicegah seperti merokok, konsumsi alkohol, kurang aktivitas, dan pola makan yang buruk jika tidak diatasi maka berdampak dan menjadipenyakit metabolik (Efrida W & Nur, 2016).

7.8.2 Jenis kelamin

Jenis kelamin secara signifikan berpengaruh pada implementasi pencegahan terjadinya kesalahan dalam pemberian asuhan kepada pasien guna menjamin keselamatan pasien, karena jenis kelamin merupakan faktor internal yang disebabkan oleh tingkah laku gender yang spesifik, penerimaan, persepsi, coping, gaya hidup, kewaspadaan terhadap kesehatan dan komunikasi yang berbeda (Galleryzki *et al.*, 2021). Jenis kelamin menurut Green (1991) bahwa jenis kelamin termasuk faktor predisposisi yang memberi

kontribusi terhadap perilaku kesehatan. Adanya hubungan antara jenis kelamin dengan perilaku pencegahan penyakit malaria ini dapat dijelaskan karena responden perempuan yang dianalisis dalam penelitian ini, pada malam hari cenderung lebih banyak tinggal di dalam rumah (Farihatun & Mamdy, 2016).

7.8.3 Pendidikan

Pendidikan mempengaruhi seseorang dalam mencegah penyakit diare (Juliansyah, 2021). Menurut Notoatmodjo S, Pendidikan merupakan sebuah proses pengubahan sikap dan tingkah laku melalui pengajaran dan pelatihan formal maupun non formal yang pada akhirnya akan menghasilkan pengetahuan (Pakpahan M *et al.*, 2021).

7.8.4 Kepatuhan

Kepatuhan merupakan faktor paling dominan dalam mencegah terjadinya penyakit akibat kerja (Sudarmo *et al.*, 2017) Kepatuhan merupakan perilaku yang setuju dan melaksanakan instruksi atau petunjuk yang diberikan. (Niven, 2006)

7.8.5 Alat pelindung diri

Ketersediaan fasilitas alat pelindung diri dianggap sebagai salah satu faktor yang sangat dominan berhubungan dengan pencegahan terjadinya penyakit, terutama penyakit infeksi (Sudarmo *et al.*, 2017)

7.8.6 Perilaku hidup bersih dan sehat

Pencegahan covid-a9 dipengaruhi oleh penerapan perilaku hidup bersih dan sehat (Wahyuni & Fatmawati, 2020). Perilaku hidup bersih dan sehat yang lebih umum dikenal dengan sebutan PHBS merupakan keseluruhan perilaku yang dilakukan oleh setiap individu dan kelompok terkecil seperti keluarga untuk mempertahankan, mempertahankan dan menjaga kondisi guna menciptakan kehidupan keluarga yang lebih sehat (Kemenkes RI, 2016b, 2018a).

DAFTAR PUSTAKA

- Efrida W, & Nur, N. N. 2016. Faktor Risiko Perilaku Penyakit Tidak Menular. *Jurnal Majority*, 5(2), 88–94.
- Endrawati, E. 2016. Penerapan Komunikasi Kesehatan Untuk Pencegahan Penyakit Leptospirosis pada Masyarakat Desa Sumberagung, Kecamatan Moyudan, Sleman, Yogyakarta. *Jurnal Komunikasi*, 7(1), 1–25.
<https://doi.org/10.24912/jk.v7i1.4>
- Farihatun, A., & Mamdy, Z. 2016. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Perilaku Pencegahan Penyakit Malaria Pada Masyarakat Di Desa Karyamukti Kecamatan Cibalong Kabupaten Garut Provinsi Jawa Barat. *Jurnal Kesehatan Bakti Tunas Husada: Jurnal Ilmu-Ilmu Keperawatan, Analisis Kesehatan Dan Farmasi*, 15(1), 109–121.
<https://doi.org/10.36465/jkbth.v15i1.157>
- Galleryzki, A. R., Hariyati, R. T. S., Afriani, T., & Rahman, L. O. 2021. Hubungan Sikap Keselamatan dengan Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien oleh Perawat di Rumah Sakit. *Jurnal Kepemimpinan Dan Manajemen Keperawatan*, 4(1), 11–22.
<https://doi.org/10.32584/jkkm.v4i1.855>
- Hamzah B, Akbar, H., & Sarman, S. 2021. Pencegahan Penyakit Tidak Menular Melalui Edukasi Cerdik Pada Masyarakat Desa Moyag Kotamobagu. *Abdimas Universal*, 3(1), 83–87.
<https://doi.org/10.36277/abdimasuniversal.v3i1.94>
- Harsismanto J, Oktavidiati, E., & Astuti, D. 2019. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Media Video dan Poster terhadap Pengetahuan dan Sikap Anak dalam Pencegahan Penyakit Diare. *Jurnal Kesmas Asclepius*, 1(1), 75–85.
<https://doi.org/10.31539/jka.v1i1.747>
- Juliansyah, E. 2021. Faktor yang Berhubungan dengan Pencegahan Penyakit Diare pada Balita di Puskesmas Tempunak Kabupaten Sintang. *Gorontalo Journal of Public Health*, 4(2), 78–89. <https://doi.org/10.32662/gjph.v4i2.1522>
- KBBI. 2022. *Hasil Pencarian—KBBI Daring*.
<https://kbbi.kemdikbud.go.id/entri/pencegahan-penyakit>
- Kemenkes RI. 2012. *Pusat Data dan Informasi—Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.

- <https://pusdatin.kemkes.go.id/article/view/13010200029/penyakit-tidak-menular.html>
- Kemenkes RI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2014 Tentang Penanggulangan Penyakit Menular.*
- Kemenkes RI. 2015. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 74 Tahun 2015 Tentang Upaya Peningkatan Kesehatan Dan Pencegahan Penyakit.*
- Kemenkes RI. 2016a. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Waspada Penyakit Pernapasan Pada Arus Balik Lebaran.*
<https://www.kemkes.go.id/article/print/16071100002/waspada-penyakit-pernapasan-pada-arus-balik-lebaran.html>
- Kemenkes RI. 2016b. *Perilaku Hidup Bersih dan Sehat.* Direktorat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
<https://promkes.kemkes.go.id/phbs>
- Kemenkes RI. 2017. *Praturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.*
- Kemenkes RI. 2018a. *Perilaku Hidup Bersih Sehat.* Direktorat Promosi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
<https://promkes.kemkes.go.id/perilaku-hidup-bersih-sehat>
- Kemenkes RI. 2018b. *Rencana Aksi Program Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit 2015-2019 (Revisi I - 2018) Keputusan Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Nomor HK. 02.03/D1/I.1/527/2018.*
- Kemenkes RI. 2020a. *Bagaimana cara mencegah Penyakit Tidak Menular?* Direktorat P2PTM.
<http://p2ptm.kemkes.go.id/infographic-p2ptm/obesitas/page/6/bagaimana-cara-mencegah-penyakit-tidak-menular>
- Kemenkes RI. 2020b. *Enam Isu Kesehatan Jadi Fokus Kemenkes di Tahun 2021. Sehat Negeriku.*
<https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20200814/1434631/enam-isu-kesehatan-jadi-fokus-kemenkes-tahun-2021/>
- Kemenkes RI. 2022. *Agenda Utama The 1st G20 Health Ministers Meeting (HMM) Tahun 2022. Sehat Negeriku.*
<https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis->

- media/20220617/5440198/agenda-utama-the-1st-g20-health-ministers-meeting-hmm-tahun-2022/
- Kompas. 2020. *Pembelajaran tentang Pencegahan Penyakit* Halaman all. KOMPAS.com. <https://www.kompas.com/skola/read/2020/11/11/150000169/pembelajaran-tentang-pencegahan-penyakit>
- Mustopa, A., Budiman, & Supriadi, D. 2020. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Prilaku Masyarakat Dengan Kepatuhan Protokol Kesehatan 3m Sebagai Upaya Pencegahan Penyakit Covid-19: Literature Review. *PIN-LITAMAS*, 2(1), 116–123.
- Niven, N. 2006. *The Psychology of Nursing Care*. Bloomsbury Publishing.
- Notoatmodjo S. 2007. *Kesehatan masyarakat: Ilmu dan seni*. Rineka Cipta.
- Pakpahan M, Siregar, D., Susilawaty, A., Tasnim, T., Mustar, Ramdany, R., Manurung, E. I., Sianturi, E., Tompunu, M. R. G., Sitanggang, Y. F., & M, M. 2021. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Pingkan. 2021. Sikap, Komponen Sikap, Serta Perbedaan Sikap Dengan Perasaan: Attitude – Social Psychology. *Psychology*. <https://psychology.binus.ac.id/2021/06/17/sikap-komponen-sikap-serta-perbedaan-sikap-dengan-perasaan-attitude-social-psychology/>
- Republik Indonesia. 2008. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 60 Tahun 2008 Tentang Sistem Pengendalian Intern Pemerintah*.
- Republik Indonesia. 2009. *UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan [JDIH BPK RI]*. <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38778/uu-no-36-tahun-2009>
- Sudarmo, S., Helmi, Z. N., & Marlinae, L. 2017. Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Terhadap Kepatuhan Penggunaan Alat Pelindung Diri (Apd) Untuk Pencegahan Penyakit Akibat Kerja. *Jurnal Berkala Kesehatan*, 1(2), 88–95. <https://doi.org/10.20527/jbk.v1i2.3155>
- Wahyuni, W., & Fatmawati, S. 2020. Peningkatan Pengetahuan Pbhs Dan Penerapan Cuci Tangan Dalam Upaya Pencegahan Covid-19 Pada Santri Di Lingkungan Pondok Pesantren.

- GEMASSIKA: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 4(2), 196–205. <https://doi.org/10.30787/gemassika.v4i2.662>
- Widodo, A. 2012. *Upaya Perawat dalam Promosi Kesehatan untuk Pencegahan Penyakit Jantung*.
<http://publikasiilmiah.ums.ac.id/handle/11617/4420>
- Widyawati. 2022. Cegah Penyakit Tidak Menular, Pegawai Kemenkes Lakukan Deteksi Dini. *Sehat Negeriku*.
<https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20220519/3139921/cegah-penyakit-tidak-menular-pegawai-kemenkes-lakukan-deteksi-dini/>

BAB 8

STANDAR KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT

Oleh Mei Rianita Elfrida Sinaga

8.1 Pendahuluan

Setiap fasilitas pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit dalam meningkatkan mutu pelayanan harus menerapkan standar keselamatan pasien. Hal ini bertujuan untuk menghindari atau meminimalkan insiden yang tidak diinginkan, risiko dapat diminimalkan dengan memperhatikan keselamatan pasien. Penerapan standar keselamatan pasien dapat meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien sehingga baik bila dijadikan budaya oleh semua tenaga kesehatan di rumah sakit terutama di masa pandemic Covid-19 saat ini (Asmirajanti *et al.*, 2021).

Keselamatan pasien berupa sistem yang memberikan rasa nyaman bagi pasien seperti mengidentifikasi risiko, pelaporan dan analisis insiden yang selanjutnya mengambil rencana tindak lanjut, dan melaksanakan alternatif solusi. Masalah keselamatan pasien merupakan prioritas utama yang harus diprogramkan dan dilaksanakan oleh rumah sakit dengan tujuan untuk melindungi pasien dari setiap insiden yang tidak diharapkan.

8.2 Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien di rumah sakit Indonesia mengacu pada Hospital Patient Safety Standard. Ada 7 standar keselamatan pasien yaitu (Menkes RI, 2017; Salawati, 2020):

8.2.1 Hak pasien

Standar:

Memperoleh informasi terhadap rencana dan hasil pelayanan kesehatan termasuk kemungkinan terjadinya insiden adalah hak pasien dan keluar.

Kriteria:

- i) Seorang pasien harus memiliki dokter penanggungjawab
- ii) Dokter penanggungjawab memiliki tugas wajib membuat rencana pelayanan dan memberikan penjelasan secara detail kepada pasien dan keluarga terhadap rencana dan hasil pelayanan, prosedur pengobatan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

8.2.2 Mendidik pasien dan keluarga

Standar:

Fasilitas kesehatan harus memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga tentang kewajiban dan tanggungjawabnya

Kriteria:

- i) Memberikan informasi yang akurat
- ii) Mengetahui kewajiban dan tanggungjawab pasien dan keluarga
- iii) Aktif bertanya terkait hal yang belum dimengerti
- iv) Berani bertanggungjawab terhadap konsekuensi pelayanan
- v) Mematuhi dan menghormati aturan yang berlaku
- vi) Memperlihatkan sikap tenggang rasa
- vii) Bertanggungjawab menyelesaikan kewajiban finansial

8.2.3 Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan

Kesinambungan artinya pasien dan keluarga harus dilayani sesuai dengan kebutuhannya termasuk rujukan (tepat waktu dan tempatnya).

Standar:

Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan akan dijamin oleh fasilitas pelayanan kesehatan

Kriteria:

- i) Koordinasi pelayanan dilakukan secara menyeluruh (dimulai sejak pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, pengobatan, rujukan, sampai pasien keluar)

- ii) Koordinasi pelayanan disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan
- iii) Koordinasi pelayanan dalam hal komunikasi digunakan untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.
- iv) Koordinasi ini dapat berjalan lancar dikarenakan adanya komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan

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

Standar:

Fasilitas pelayanan kesehatan harus memperbaiki proses sebelumnya, mengontrol dan melakukan penilaian kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis data insiden secara intensif, dan mengubah metode untuk peningkatan kinerja dan keselamatan pasien.

Kriteria:

- i) Fasilitas pelayanan kesehatan harus membuat rancangan yang baik mengacu pada visi, misi, tujuan, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi bagi pasien
- ii) Fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan pengumpulan data kinerja yaitu pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.
- iii) Fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan penilaian secara intensif terhadap semua insiden, dan secara proaktif terhadap kasus risiko tinggi
- iv) Fasilitas pelayanan kesehatan harus menentukan perubahan sistem berdasarkan semua data dan informasi hasil analisis

8.2.5 Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Standar:

- i) Seorang pemimpin memotivasi dan memastikan pelaksanaan program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan tujuh langkah menuju keselamatan pasien
- ii) Seorang pemimpin secara proaktif memastikan proses identifikasi risiko keselamatan pasien dan program pengurangan insiden
- iii) Seorang pemimpin mendukung dan mengembangkan komunikasi dan koordinasi dalam pengambilan keputusan terhadap keselamatan pasien
- iv) Seorang pemimpin menggunakan sumber daya secara adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien
- v) Seorang pemimpin mengetahui seberapa besar efektifitas kontribusinya untuk meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien

Kriteria:

- i) Memiliki tim antar disiplin dalam mengelola program keselamatan pasien
- ii) Memiliki program proaktif untuk mengidentifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden
- iii) Ada mekanisme kerja yang menjamin bahwa semua komponen dari fasilitas pelayanan kesehatan terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien
- iv) Memiliki alur “cepat tanggap” terhadap kejadian, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis
- v) Memiliki alur pelaporan baik internal maupun eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang analisis akar masalah

- “kejadian nyaris cedera” dan “kejadian sentinel” pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan
- vi) Memiliki alur untuk menangani berbagai jenis insiden.
 - vii) Ada kerjasama dan komunikasi secara terbuka dan sukarela antar unit dan pengelola pelayanan menggunakan pendekatan antar disiplin
 - viii) Memiliki sumber daya dan sistem informasi dalam kegiatan perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut
 - ix) Memiliki target, dan mengumpulkan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya

8.2.6 Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Standar:

- i) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas
- ii) Rumah sakit melakukan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien

Kriteria:

- i) Rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yaitu tentang topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing
- ii) Rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *inservice training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden
- iii) Rumah sakit harus melakukan pelatihan tentang kerjasama kelompok dalam mendukung pendekatan *interdisipliner* dan kolaboratif dengan tujuan melayani pasien

8.2.7 Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Standar:

- i) Fasilitas pelayanan kesehatan merancang proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal
- ii) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat

Kriteria:

- i) Menyiapkan anggaran untuk merancang proses manajemen dalam memperoleh data dan informasi tentang keselamatan pasien
- ii) Memiliki alur dalam mengidentifikasi masalah dan kendala komunikasi sehingga dapat memperbaiki manajemen informasi sebelumnya.

8.3 Kebijakan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

Beberapa kebijakan yang mendukung penerapan standar keselamatan pasien di Rumah Sakit (Presiden Republik Indonesia, 2009b, 2009a; Tutiany, Lindawati and Krisanti, 2017):

- a. UU No. 44 pasal 43 tahun 2009 tentang Rumah Sakit
 - 1. Rumah Sakit harus menerapkan standar keselamatan pasien
 - 2. Standar keselamatan pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan insiden yang tidak diharapkan.
 - 3. Rumah Sakit melaporkan kegiatan keselamatan pasien kepada komite yang memiliki tanggungjawab terhadap keselamatan pasien
 - 4. Pelaporan insiden keselamatan pasien dibuat secara anonim dengan tujuan untuk menilai sistem sehingga keselamatan pasien meningkat

- b. UU No.36 pasal 53 ayat 3 tahun 2009 tentang pelaksanaan pelayanan kesehatan harus mengutamakan keselamatan nyawa pasien.
- c. UU No.44 pasal 32 tahun 2009 tentang hal pasien untuk mendapatkan keamanan dan keselamatan selama dalam perawatan di rumah sakit.
- d. UU No.36 pasal 58 tahun 2009
 - 1. Setiap orang memiliki hak meminta ganti rugi terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan/atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya.
 - 2. Ganti rugi yang dimaksud tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan dalam kondisi darurat.
- e. UU No.44 pasal 29B tahun 2009 tentang melakukan pelayanan kesehatan secara aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah Sakit.
- f. UU No.44 pasal 46 tahun 2009 tentang rumah sakit memiliki tanggungjawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan tenaga kesehatan di rumah sakit.
- g. UU No.44 pasal 45 ayat 2 tahun 2009 tentang rumah sakit tidak dapat dituntut apabila melaksanakan tugas untuk menyelamatkan nyawa manusia.
- h. UU No.44 pasal 32D tahun 2009 tentang setiap pasien berhak memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan prosedur operasional.
- i. UU No.44 pasal 32E tahun 2009 tentang setiap pasien berhak memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien tidak mengalami kerugian fisik dan materi.
- j. UU No.44 pasal 32J tahun 2009 tentang setiap pasien berhak mendapatkan penjelasan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan

prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta rincian biaya pengobatan.

- k. UU No.44 pasal 32Q tahun 2009 tentang setiap pasien berhak menuntut rumah sakit apabila mendapatkan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata ataupun pidana.

8.4 Pelaksanaan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

Pelaksanaan standar keselamatan pasien di rumah sakit menentukan mutu pelayanan. Mutu pelayanan ini dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu:

- a. Penerapan standar akreditasi
- b. Penilaian dimensi budaya keselamatan pasien
- c. Gaya dan peran pemimpin
- d. Komunikasi tenaga kesehatan terhadap pasien dan keluarga pasien
- e. Persepsi perawat tentang budaya keselamatan pasien (Huriati *et al.*, 2022).

Hasil penelitian di salah satu rumah sakit menunjukkan bahwa pelaksanaan standar keselamatan pasien dapat dilihat dari berbagai aspek yaitu mengidentifikasi pasien dilakukan dengan baik (100%), melakukan komunikasi efektif baik (100%), meningkatkan keamanan penggunaan obat (94,3 %), memastikan tepat pasien, tepat lokasi, dan tepat prosedur operasi (100%), melakukan tindakan mengurangi risiko infeksi (95,7%), tindakan mengurangi risiko jatuh (91,4%) (Haritsa and Haskas, 2021).

Data lainnya menunjukkan bahwa pelaksanaan standar keselamatan pasien dari sudut pandang aspek lainnya yaitu pelaksanaan hak pasien terpenuhi dengan baik (89,3%), mendidik pasien dan keluarga dapat dilakukan dengan baik (83,9%), memberikan pelayanan berkesinambungan dilakukan dengan baik (85,7%), adanya komunikasi perawat dilakukan dengan baik (80,4%) (Gunawan, Narmi and Sahmad, 2019).

Pelaksanaan standar keselamatan pasien tidak selalu tidak berhasil dikarenakan ada juga beberapa rumah sakit dapat menerapkannya dengan baik di fasilitas pelayanan kesehatan. Salah satu rumah sakit menunjukkan bahwa penerapan standar keselamatan pasien dapat tercapai dengan baik yaitu mulai dari hak pasien, mendidik pasien dan keluarga, keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan, penggunaan metode-metode peningkatan kinerja, peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien, mendidik staf tentang keselamatan pasien dan komunikasi di rumah sakit telah diterapkan dan dilaksanakan dengan baik sesuai dengan peraturan yang ada berdasarkan Permenkes RI No 11 Tahun 2017 (Juniarti and Mudayana, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- Asmirajanti, M. *et al.* 2021. 'Penerapan standar akreditasi terhadap mutu dan keselamatan pasien sebelum dan selama pandemi Covid-19', *Journal of Hospital Accreditation*, 3(2), pp. 65–70. doi: 10.35727/jha.v3i2.93.
- Gunawan, W., Narmi and Sahmad. 2019. 'Analisis pelaksanaan standar keselamatan pasien (patient safety) di Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi sulawesi Tenggara', *Keperawatan*, 03(1), pp. 53–59.
- Haritsa, A. isti and Haskas, Y. 2021. 'Evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien (Pasien Safety) di Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar', *JIMPK: Jurnal Ilmiah Mahasiswa & Penelitian Keperawatan*, 1(1), pp. 59–66. doi: 10.35892/jimpk.v1i1.495.
- Huriati *et al.* 2022. 'Mutu pelayanan keselamatan pasien di rumah Rumah Sakit', *Forum Ekonomi*, 24(1), pp. 186–194.
- Juniarti, N. H. and Mudayana, A. A. 2018. 'Penerapan standar keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi Nusa Tenggara Barat', *Jurnal Kesehatan Poltekkes Ternate*, 11(2), pp. 93–108.
- Menkes RI. 2017. 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit', *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia*. Jakarta: Menkes RI, p. 450.
- Presiden Republik Indonesia. 2009a. 'Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan'. Jakarta.
- Presiden Republik Indonesia. 2009b. 'Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit'. Jakarta.
- Salawati, L. 2020. 'Penerapan keselamatan pasien Rumah Sakit', *AVERROUS: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh*, 6(1), pp. 98–107. doi: 10.29103/averrous.v6i1.2665.

Tutiany, Lindawati and Krisanti, P. 2017. *Manajemen keselamatan pasien*. Edisi Pert, Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. Edisi Pert. Jakarta.

BIODATA PENULIS



Dewi Kartika Wulandari, Ns., M.Kep

Dosen Tetap Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Dewi Kartika Wulandari, Ns., M.Kep lahir di Muara Uya, Kabupaten Tabalong, Kalimantan Selatan, 23 April 1989. Pendidikan Dasar di SDN 2 Tanjung lulus tahun 2001, SMPN 2 Tanjung lulus tahun 2004, SMAN 2 Tanjung lulus tahun 2007. Kemudian melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan dan tahap Profesi di STIKES Muhammadiyah Banjarmasin lulus tahun 2012, dan S2 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin lulus tahun 2017. Sekarang bertugas sebagai dosen Keperawatan pada Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Penulis mengajar pada mata kuliah Keperawatan Dasar, Konsep Dasar Keperawatan dan Ilmu Dasar Keperawatan, sebagai seorang dosen penulis juga aktif melaksanakan Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat, menulis buku serta aktif melakukan publikasi ilmiah di beberapa jurnal nasional.

Email : adekadilan@gmail.com

BIODATA PENULIS



Noviyati Rahardjo Putri

Pengajar di Prodi Kebidanan Program Sarjana Terapan dan Prodi Pendidikan dan Profesi Bidan, Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret Surakarta

Noviyati Rahardjo Putri lahir di Purwodadi, 23 November 1989. Menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang tahun 2010, Diploma IV Bidan Pendidik di Poltekkes Kemenkes Semarang tahun 2011. Kemudian mengabdikan diri sebagai bidan pelaksana ruang bersalin di RSUD dr. R. Soedjati Soemodiardjo Purwodadi tahun 2011 – 2017. Menyelesaikan pendidikan di Magister Terapan Kebidanan di Poltekkes Kemenkes Semarang tahun 2020. Sekarang mengabdikan diri sebagai pengajar di Prodi Kebidanan Program Sarjana Terapan dan Prodi Pendidikan dan Profesi Bidan, Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret Surakarta.

BIODATA PENULIS



Lamria Situmeang

Staf Dosen Jurusan Keperawatan Prodi Profesi Ners

Penulis lahir di Jambi tanggal 21 September 1977. Penulis adalah dosen tetap pada Institusi Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura pada Program Studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan. Menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan di AKPER Stabat, S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Hasanudin Makassar, dan pendidikan Terakhir S2 Keperawatan di Universitas Gajah Mada Yogyakarta dengan Peminatan Keperawatan

BIODATA PENULIS



Ns. Raden Surahmat, S.Kep., M.Kes., M.Kep
Dosen Tetap Program Studi Keperawatan
STIK BINA HUSADA Palembang

Penulis lahir di Talang Jaya, Betung Kabupaten Banyuasin tanggal 28 Mei 1989. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada sejak tahun 2011. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di STIKes Siti Khadijah Palembang, Program Pendidikan Profesi Ners di STIK Bina Husada Palembang, Magister Kesehatan di STIK Bina Husada dan Magister Keperawatan di Universitas Andalas. Penulis melaksanakan pendidikan pada mata kuliah manajemen keperawatan dan keperawatan jiwa. Penulis mencoba menuangkan pemikiran serta pengetahuan yang dimiliki dalam tulisan di bidang Manajemen keperawatan ini dengan harapan agar dapat membagikan pengetahuan yang dimiliki kepada pembaca. Besar harapan penulis agar diberikan kritik dan saran membangun agar kedepan, penulis dapat menghasilkan karya-karya yang bermanfaat, khususnya bagi dunia keperawatan di Indonesia serta menjalin silaturahmi kepada pembaca.

Email : radensurahmat28@gmail.com

BIODATA PENULIS



Ns. Yofa Anggriani Utama, S.Kep, M.Kes, M.Kep

Dosen pengajar di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada
Palembang

Penulis merupakan dosen pengajar di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Palembang, Jenjang pendidikan akademik pertama kali menempuh Sekolah Perawat Kesehatan Pemda TK II Lahat tahun 2002, melanjutkan Studi Sarjana keperawatan sekaligus profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Tahun 2007, Pada tahun 2012 penulis melanjutkan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat, Karena ketertarikan penulis dengan dunia keperawatan sehingga pada tahun 2016. Melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Andalas Padang. Penulis mengawali karir sebagai dosen pada tahun 2008 hingga sekarang. Sejak awal menjadi dosen hingga saat ini penulis mengajar pada mata kuliah keperawatan medikal bedah, sebagai seorang dosen penulis juga aktif melaksanakan penelitian.

Email : yofaanggriani@yahoo.co.id

BIODATA PENULIS



Suprpto

Dosen Jurusan Keperawatan Politeknik Sandi Karsa Makassar

Penulis lahir di Sragen tanggal 05 Mei 1982. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Politeknik Sandi Karsa Makassar. Menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan (2007), Sarjana Keperawatan (2010) dan Profesi Ners (2012), Magister Kesehatan (2013) dan Program Doktor (2021). Penulis menekuni bidang Keperawatan, Kesehatan Masyarakat dan Administrasi Publik. Sekarang menjabat sebagai Ketua LPPM Politeknik Sandi Karsa Makassar.

BIODATA PENULIS



Ns. Amalia, S.Kep., M.Kes., M.Kep

Dosen Tetap Program Studi Keperawatan
STIK BINA HUSADA Palembang

Penulis lahir di Palembang, tanggal 21 Mei 1979. Penulis merupakan dosen pada Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada sejak tahun 2010. Penulis Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Program Profesi Ners di STIK Bina Husada Palembang, Magister Kesehatan di STIK Bina Husada dan Magister Keperawatan di Universitas Andalas. Penulis aktif dalam menjalankan tri darma yang fokus pada manajemen keperawatan dan keperawatan dasar. Sehingga penulis berusaha menuangkan ide dan pengetahuan yang dimiliki dengan harapan agar dapat bermanfaat, khususnya bagi dunia keperawatan di Indonesia serta menjalin silaturahmi kepada pembaca.

BIODATA PENULIS



Mei Rianita Elfrida Sinaga, S.Kep., Ns., M.Kep

Dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Yakkum Yogyakarta

Penulis lahir di Pematangsiantar tanggal 29 Mei 1989. Penulis berdarah Batak ini menginjakkan kaki pertama kali ke pulau Jawa sejak tahun 2014 dengan mimpi yang besar. Penulis adalah dosen tetap di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Yakkum Yogyakarta. Menyelesaikan pendidikan Sarjana dan Profesi Ners di Universitas Sumatera Utara dan Magister Keperawatan berhasil menyelesaikan dengan predikat cumlaude dengan masa studi 3 semester di Universitas Diponegoro Semarang.

Penulis mengajar di bidang keperawatan komunitas, keluarga, gerontik, pendidikan dan promosi kesehatan. Aktif menulis buku dan membuat karya yang telah terdaftar hak cipta serta melakukan publikasi ilmiah di beberapa jurnal nasional terakreditasi. Mendapatkan beberapa hibah penelitian dari Kemenristek-Brin maupun institusi. Penulis merupakan anak pertama dari empat bersaudara dan telah dikaruniai sepasang putra yaitu Gaby dan Geraldo yang menetap tinggal di kota Yogyakarta. Beberapa artikel yang sudah publish fokus pada masalah kelompok rentan seperti narapidana perempuan, lansia, dan remaja.