



KESELAMATAN PASIEN DAN KESELAMATAN KESEHATAN KERJA DALAM KEPERAWATAN



Reagen Jimmy **Mandias** • Sedia **Simbolon**
Novita Verayanti **Manalu** • Yunus **Elon** • Janes **Jainurakhma**
Tri **Suwarto** • Siti **Latipah** • Nurhidayah **Amir** • Debilly Yuan **Boyoh**

***KESELAMATAN PASIEN
DAN KESELAMATAN KESEHATAN KERJA
DALAM KEPERAWATAN***



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Tentang dan/atau hak cipta/Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi

Pendataan Perolehan/Pasal 26

Kategori sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 adalah sebagai berikut:

- penggunaan layanan dengan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelayanan prima atau yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi atau;
- Penggunaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan penelitian dan/atau pengajaran;
- Penggunaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, keolah ragaan dan/atau program yang tidak dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar atau
- penggunaan untuk keperluan penelitian dan/atau pengembangan ilmu pengetahuan yang menggunakan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser, Pemegang, atau Lembaga Pemegang.

Sanksi Pelanggaran/Pasal 113

- Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h atau Penggunaan Semaua Komersial sebagaimana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau denda pidana paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah);
- Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g atau Penggunaan Semaua Komersial sebagaimana dengan pidana penjara paling lama 2 (dua) tahun dan/atau denda pidana paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah);

Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja dalam Keperawatan

Reagen Jimmy Mandias, Sedia Simbolon
Novita Verayanti Manalu, Yunus Elon, Janes Jainurakhma
Tri Suwanto, Siti Latipah, Nurhidayah Amir, Debilly Yuan Boyoh



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja dalam Keperawatan

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2021

Penulis:

Reagen Jimmy Mandias, Sedia Simbolon
Novita Verayanti Manalu, Yunus Elon, Janes Jainurakhma
Tri Suwarto, Siti Latipah, Nurhidayah Amir, Debilly Yuan Boyoh

Editor: Abdul Karim

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Reagen Jimmy Mandias., dkk.

Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja dalam Keperawatan

Yayasan Kita Menulis, 2021

xiv; 142 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-294-9

Cetakan 1, November 2021

- I. Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja dalam Keperawatan
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Puji dan syukur kehadirat Tuhan yang Maha Kuasa, yang telah melimpahkan berkat dan rahmatNya, sehingga penulisan buku keselamatan pasien dan keselamatan kerja dalam keperawatan dapat diselesaikan dengan baik. Tujuan penyusunan buku ini adalah untuk menjadi referensi bagi pembaca, baik mahasiswa bidang kesehatan dan tenaga kesehatan lain.

Keselamatan pasien sudah menjadi prioritas global dalam sistem pemberian layanan kesehatan karena tidak hanya meningkatkan penyediaan perawatan medis yang berkualitas dan pengobatan, tetapi memberikan perawatan yang paling tepat dan bernilai terbaik, sekaligus menjaga pasien tetap aman dari bahaya yang dapat dicegah. Ketika keselamatan pasien diutamakan dalam suatu fasilitas Kesehatan, itu berarti terjadi peningkatan mutu pelayanan perawatan di fasilitas Kesehatan tersebut.

Buku ini tersusun atas kolaborasi dari penulis dari beberapa institusi di Indonesia, baik negeri maupun swasta, sebagai salah satu perwujudan dari Tri Dharma Perguruan Tinggi. Penulis mengucapkan terimakasih kepada Penerbit Yayasan Kita Menulis yang telah memfasilitasi penerbitan buku ini. Penulis juga mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah memberikan dukungan secara moral dan material dalam penyusunan buku ini. Penulis menyadari jika dalam penyusunan buku ini masih terdapat kekurangan, semoga di masa yang akan datang menjadi semakin baik. Besar harapan kami, buku ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca.

Penulis

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel	xiii

Bab 1 Prinsip Dan Konsep Keselamatan Pasien

1.1 Pendahuluan	1
1.2 Prinsip Keselamatan Pasien	3
1.2.1 Sistem Keselamatan Pasien	3
1.2.2 Istilah Insiden Keselamatan Pasien	6
1.3 Konsep Keselamatan Pasien	7
1.4 Keselamatan Dan Kualitas Adalah Konsep Yang Berkelanjutan	8

Bab 2 Cara Meningkatkan Keselamatan Pasien Dengan Menggunakan Metode Peningkatan Kualitas

2.1 Pendahuluan	11
2.2 Definisi Keselamatan Pasien (Patient Safety)	16
2.3 Penatalaksanaan Keselamatan Pasien Rumah Sakit	17
2.3.1 Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit	17
2.3.2 Standar Keselamatan Pasien	18
2.3.3 Sasaran Keselamatan Pasien	20
2.3.4 Tahapan Dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien	27
2.3.5 Macam-Macam Insiden Keselamatan Pasien	28
2.3.6 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	29
2.3.7 Landasan Hukum Keselamatan Pasien (Patient Safety)	29
2.3.8 Hak Pasien	31

Bab 3 EBP Untuk Peningkatan Keselamatan Pasien

3.1 Pendahuluan	33
3.2 Ebp Dalam Disiplin Keperawatan	35
3.2.1 Pemanfaatan Penelitian Versus EBP	35
3.2.2 Pedoman Praktik Terbaik	36
3.2.3 Praktik Dan Teknologi Berbasis Bukti	37
3.2.4 Implikasi Bagi Profesi Keperawatan	38

3.3 Konsep Evidence Based.....	39
3.3.1 Langkah-Langkah Implementasi EBP.....	41
3.3.2 Peng Kajian Dan Alat Untuk Evidence Based Practice	42
3.3.3 Model Implementasi Evidence Based Practice	44
3.4 Evidence Based Practice Dan Clinical Research Dalam Keperawatan...	46
3.4.1 Faktor Yang Memengaruhi Implementasi EBP	46
3.4.2 Isu Etik Dalam Nursing Clinical Research	48
3.4.3 Penerapan Ebn Dalam Proses Keperawatan.....	49

Bab 4 Budaya Dalam Lingkup Kerja Perawat Dalam Peningkatan Keselamatan Pasien

4.1 Pendahuluan.....	51
4.2 Konsep Budaya Keselamatan Pasien.....	53
4.2.1 Budaya Keterbukaan (Open Culture).....	53
4.2.2 Budaya Keadilan (Just Culture).....	54
4.2.3 Budaya Laporan (Reporting Culture).	55
4.2.4 Budaya Belajar (Learning Culture).	56
4.2.5 Budaya Informasi (Informed Culture).	56
4.3 Hambatan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien.....	57

Bab 5 Penyebab Terjadinya Adverse Events Terkait Prosedur Invasif

5.1 Prosedur Invasif Dalam Keperawatan	59
5.2 Adverse Event.....	61
5.3 Penyebab Terjadinya Adverse Events Terkait Prosedur Invasif Dalam Pelayanan Kesehatan	63
5.4 Pelaporan Adverse Events (Aes).....	64

Bab 6 Pentingnya, Tujuan, Manfaat Dan Etika K3 Dalam Keperawatan

6.1 Pentingnya K3 Dalam Keperawatan.....	69
6.2 Tujuan K3 Dalam Keperawatan.....	70
6.3 Fungsi K3 Dalam Keperawatan	71
6.4 Manfaat K3 Dalam Keperawatan.....	72
6.5 Etika K3 Dalam Keperawatan.....	72
6.6 Fungsi Kode Etik Profesi K3.....	73
6.7 Ruang Lingkup K3 Dalam Keperawatan	73

Bab 7 Ruang Lingkup K3 Dalam Keperawatan

7.1 Pendahuluan.....	81
7.2 Definisi.....	82
7.3 Landasan Hukum.....	83
7.4 Identifikasi Bahaya Di Tempat Kerja.....	84
7.4.1 Hazard Fisik.....	84
7.4.2 Hazard Kimia.....	85
7.4.3 Hazard Biologi.....	86
7.4.4 Hazard Ergonomi.....	87
7.4.5 Hazard Psikologi.....	88
7.5 Pengendalian Infeksi.....	90
7.6 Kewaspadaan Standar.....	91
7.6.1 Mencuci Tangan.....	91
7.6.2 Pengertian APD.....	91
7.6.3 Jenis APD.....	92
7.7 Kewaspadaan Standar.....	95
7.7.1 Peralatan Dan Limbah.....	95
7.7.2 Laundry (Pakaian Kotor) Dan Bedding (Sprei, Selimut, Sarung Bantal).....	95
7.7.3 Penanganan Linen Di Ruangan.....	96
7.7.4 Penangan Limbah.....	96
7.8 Kewaspadaan Standar.....	98

Bab 8 Konsep Dasar K3: Sehat, Kesehatan Kerja, Risiko Dan Hazard Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan

8.1 Sehat.....	101
8.2 Risiko.....	102
8.3 Hazard.....	103
8.4 Perawat Dan Asuhan Keperawatan.....	105
8.5 Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.....	108

Bab 9 Hazard Dan Risiko Dalam Pengkajian, Perencanaan, Implementasi Dan Evaluasi Asuhan Keperawatan

9.1 Sehat.....	111
9.2 Definisi.....	112
9.3 Pengkajian Hazard Dan Risiko Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan..	113
9.3.1 Hazard Dalam Lingkungan Kerja.....	113
9.3.2 Risiko Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan.....	115
9.4 Pengkajian Hazard Dan Risiko Dalam Asuhan Keperawatan.....	115

9.5 Perencanaan Dan Implementasi Dalam Hazard Asuhan Keperawatan ..	119
9.6 Evaluasi Hazard Dan Risiko Dalam Asuhan Keperawatan	120
Daftar Pustaka	121
Biodata Penulis	137

Daftar Gambar

Gambar 1.1: Konsep Keselamatan Pasien Yang Berlangsung Secara Berkesinambungan.....	9
Gambar 3.1 Melnyk Level of Evidence.....	40
Gambar 3.2: Evolusi layanan "5S" untuk keputusan perawatan kesehatan berbasis bukti	41
Gambar 3.3 Tahapan EBP model IOWA	45
Gambar 3.4: Langkah Sistematis	46
Gambar 5.1: Adverse events dilayanan kesehatan.....	64
Gambar 5.2: Alur laporan KTD Berhubungan Alkes.....	66
Gambar 7.1: Hand hygiene	91
Gambar 7.2 Jenis masker	92
Gambar 7.3 Face shield.....	93
Gambar 7.4: Alur pemilahan limbah medis padat.....	96
Gambar 7.5: Pegobatan profilaksis pasca pajanan	99
Gambar 7.6: Status infeksi sumber pajanan.....	100

Daftar Tabel

Tabel 3.1: Level Evidence.....	40
Tabel 5.1: Kejadian Tidak Diinginkan (KTD)	65
Tabel 7.1: Identifikasi hazard fisik	85
Tabel 7.2 Identifikasi hazard kimia	86
Tabel 7.3: Identifikasi hazard biologi.....	87
Tabel 7.4: Identifikasi hazard ergonomi	88
Tabel 7.5: Identifikasi hazard psikologi	88

Bab 1

Prinsip dan Konsep Keselamatan Pasien

1.1 Pendahuluan

Pengobatan modern mulai muncul setelah revolusi industri pada abad ke-18, dan terjadi pertumbuhan pesat pada abad ke-19, di mana terjadi pertumbuhan ekonomi dan industri terus berkembang, dan orang-orang membuat banyak penemuan ilmiah. Para ilmuwan membuat kemajuan pesat dalam mengidentifikasi dan mencegah penyakit dan memahami bagaimana bakteri dan virus bekerja. Namun pada awal abad tersebut keselamatan pasien belum menjadi fokus pelayanan medis. Sampai pada tahun 1999 diperkirakan bahwa sebanyak 98.000 orang, meninggal di rumah sakit setiap tahun sebagai akibat dari kesalahan medis yang dapat dicegah (*'To-Err-is-Human-1999--report-brief.pdf'*, no date). Sejak saat itu, perhatian yang cukup besar telah diberikan untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit, dan semakin meningkat dalam pengaturan perawatan lainnya juga, dan ini semua mengawali gerakan keselamatan pasien modern. Namun sebuah studi dalam *Journal of Patient Safety* menyebutkan sekitar 210.000 sampai 440.000 pasien setiap tahun yang pergi ke rumah sakit untuk perawatan menderita beberapa jenis bahaya yang dapat dicegah yang berkontribusi pada kematian mereka (ProPublica, 2013).

Kesalahan medis yang dapat dicegah atau perawatan pasien yang tidak aman masih merupakan masalah dalam dunia kesehatan secara global sampai saat ini. Berdasarkan laporan dari WHO (2017), kesalahan medis merupakan penyebab kematian ketiga terbesar di Amerika Serikat. Sementara di Inggris, estimasi menunjukkan bahwa rata-rata, satu insiden cedera pasien dilaporkan setiap 35 detik. Demikian pula, di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, kombinasi dari banyak faktor yang tidak menguntungkan seperti kekurangan staf, struktur yang tidak memadai dan kepadatan penduduk, kurangnya perawatan kesehatan komoditas dan kelangkaan bahan pokok peralatan, dan kebersihan yang buruk dan sanitasi, berkontribusi pada perawatan pasien yang tidak aman

Kerugian pasien karena perawatan yang tidak aman adalah masalah besar dan tantangan kesehatan masyarakat global yang semakin meningkat dan merupakan salah satu penyebab utama kematian dan kecacatan di seluruh dunia (World Health Organization, 2021). Peningkatan kualitas perawatan dan pencegahan terhadap kesalahan perawatan merupakan hal yang harus dan perlu terus ditingkatkan guna menciptakan system yang semakin baik dalam menjamin keselamatan pasien. Di Indonesia sendiri sejak tahun 2011 sudah dikeluarkan peraturan menteri kesehatan Republik Indonesia nomor 1691/menkes/per/viii/2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit yang mengatur mulai dari standard keselamatan pasien, sasaran keselamatan pasien di Rumah Sakit, penyelenggaraan keselamatan pasien rumah sakit, pelaporan insiden, analisis dan solusi, sampai pada pembinaan dan pengawasan ('21 PMK No. 1691 ttg Keselamatan Pasien Rumah Sakit.pdf', 2011).

Saat ini keselamatan pasien merupakan prioritas kesehatan global (World Health Organization, 2021), sebab telah menjadi indikator yang paling utama dalam sistem pelayanan kesehatan. Baik tidaknya pelayanan kesehatan, dapat dilihat dari sistem keselamatan pasien yang dijalankan di fasilitas kesehatan tersebut. Atau dengan perkataan lain mutu sebuah fasilitas kesehatan bergantung dari sistem keselamatan pasien yang dijalankan fasilitas kesehatan tersebut. Semakin rendah kesalahan medis yang dapat dicegah terjadi maka mutu pelayanan fasilitas kesehatan tersebut semakin baik, dengan demikian kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan fasilitas kesehatan tersebut akan tinggi.

1.2 Prinsip Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien adalah kerangka kegiatan terorganisir yang menciptakan budaya, proses, prosedur, perilaku, teknologi dan lingkungan dalam perawatan kesehatan yang secara konsisten dan berkelanjutan menurunkan risiko, mengurangi terjadinya bahaya yang dapat dihindari, membuat kesalahan lebih kecil kemungkinannya dan mengurangi dampak bahaya ketika itu terjadi (World Health Organization, 2021). Keselamatan pasien didefinisikan sebagai kebebasan dari cedera medis yang tidak disengaja (Carbo dan Weingart, 2012). Sementara Emanuel, dkk (2008) mengartikan keselamatan pasien sebagai disiplin dalam profesi perawatan kesehatan yang menerapkan metode ilmu keselamatan menuju tujuan untuk mencapai sistem pemberian perawatan kesehatan yang dapat dipercaya yang bebas dari kesalahan. Lebih lanjut keselamatan pasien juga didefinisikan sebagai atribut sistem perawatan kesehatan yang meminimalkan kejadian dan dampak dari efek samping dan memaksimalkan pemulihan dari kejadian tersebut. Keselamatan pasien terutama berkaitan dengan penghindaran, pencegahan dan perbaikan hasil buruk atau injuri yang berasal dari perawatan kesehatan itu sendiri (Tutiany, Lindawati & Krisanti, 2017).

Berbicara mengenai prinsip keselamatan pasien berarti membicarakan suatu sistem perawatan kesehatan yang andal yang bertujuan untuk meminimalkan bahkan menghilangkan tingkat insiden cedera medis yang tidak diharapkan atau perawatan pasien yang tidak aman. Carbo dan Weingart (2012) menjelaskan bahwa kesalahan medis yang tidak disengaja, dipahami sebagai produk dari sistem perawatan yang dirancang kurang sehingga berkontribusi pada terjadinya bahaya. Lebih lanjut dikatakan bahwa pandangan modern tentang kesalahan medis dalam hal keselamatan pasien hanya dapat diselesaikan hanya dalam organisasi yang mengambil pendekatan berbasis system, atau dengan kata lain untuk menciptakan budaya keselamatan pasien di lingkungan kesehatan, perlu dibangun sistem yang dapat di pahami oleh setiap tenaga kesehatan yang bertugas untuk menerapkan keselamatan pasien.

1.2.1 Sistem Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien sangat penting untuk memberikan layanan kesehatan esensial yang berkualitas. Setiap organisasi atau fasilitas kesehatan harus memiliki dan menyelenggarakan keselamatan pasien untuk perawatan pasien yang lebih aman dengan tujuan mencegah terjadinya cedera yang diakibatkan

kesalahan melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sistem tersebut meliputi pengenalan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, tindak lanjut dan implementasi solusi untuk meminimalkan (titania, 2019). Definisi yang lain menyebutkan bahwa keselamatan pasien adalah metode ilmiah untuk mencapai sistem perawatan kesehatan yang andal yang meminimalkan tingkat insiden dan dampak dari efek samping dan memaksimalkan pemulihan dari insiden tersebut (Emanuel et al., 2008).

Sistem merupakan kumpulan elemen atau komponen yang diorganisasikan untuk tujuan bersama (Tech Target, no date). Sementara definisi yang lain menyebutkan bahwa sistem adalah kumpulan dari bagian-bagian atau subsistem yang sangat terorganisir dan terintegrasi untuk mencapai tujuan secara keseluruhan. Sistem memiliki berbagai input, yang melalui proses tertentu untuk menghasilkan output tertentu, yang bersama-sama untuk mencapai tujuan yang diinginkan secara keseluruhan untuk sistem ('define-system', no date). Jadi suatu sistem biasanya terdiri dari banyak sistem yang lebih kecil, atau subsistem yang digabungkan untuk suatu tujuan tertentu yang disepakati bersama.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat di tarik kesimpulan bahwa sistem keselamatan pasien adalah gabungan dari sistem-sistem yang kecil, yang dirancang atau didesain yang berpusat pada pasien serta bertujuan untuk meningkatkan kualitas perawatan dan keselamatan pasien. Prinsip-prinsip ini dapat dikategorikan sebagai manajemen risiko, pengendalian infeksi, manajemen obat-obatan, lingkungan dan peralatan yang aman, pendidikan pasien dan partisipasi dalam perawatan sendiri, pencegahan luka tekan, perbaikan nutrisi, kepemimpinan, kerja tim, pengembangan pengetahuan melalui penelitian, rasa tanggung jawab dan akuntabilitas, dan pelaporan kesalahan praktik.

Joint Commission menetapkan beberapa hal yang penting untuk membangun dan menjaga perkembangan sistem keselamatan pasien di fasilitas Kesehatan. Hal-hal tersebut adalah; menjadi organisasi atau fasilitas Kesehatan yang terus belajar, pemimpin fasilitas kesehatan harus berperan aktif untuk pengembangan keselamatan pasien, keselamatan pasien dibuat menjadi budaya di fasilitas Kesehatan bukan slogan semata, menggunakan data untuk dievaluasi dan menganalisa serta pengembangan yang berkelanjutan, melakukan pendekatan proaktif untuk mencegah bahaya, serta mendorong patient dan keluarga untuk berpartisipasi aktif (Camcah, 2021). Word Health

Organization – WHO dalam artikel Patient safety (2019) menyebutkan bahwa untuk memastikan keberhasilan penerapan strategi keselamatan pasien, maka kebijakan yang dikeluarkan harus jelas. Untuk mengeluarkan kebijakan yang baik diperlukan kapasitas kepemimpinan yang baik. Selain itu diperlukan data untuk mendorong peningkatan keselamatan, serta profesional perawatan kesehatan yang terampil dan keterlibatan pasien yang efektif dalam perawatan. Sementara Artikel How to Ensure Patient Safety in a Healthcare Setting (2018) memberikan 7 tips untuk memastikan penerapan sistem keselamatan pasien di fasilitas Kesehatan berjalan dengan baik.

Ketujuh tips tersebut adalah:

1. Membangun sistem manajemen keselamatan dan kesehatan.
2. Bangun sistem response yang cepat.
3. Pastikan karyawan mengetahui dan memahami sistem kebijakan keselamatan pasien yang diterapkan.
4. Kembangkan rencana kepatuhan keselamatan.
5. Praktek perawatan yang berpusat pada pasien.
6. Komunikasikan informasi keselamatan kepada pasien.
7. Melakukan desain fasilitas kesehatan yang aman.

WHO telah mengeluarkan Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 yang dikenal dengan The seven strategic objectives (SOs) atau tujuh tujuan strategis secara global. Ketujuh tujuan tersebut adalah sebagai berikut;

1. SO1: Dalam perencanaan dan pemberian perawatan kesehatan di mana saja, bahaya yang dapat dihindari bagi pasien benar-benar harus dijadikan nol.
2. SO2: Bangun sistem kesehatan dan sistem kesehatan organisasi dengan keandalan tinggi yang melindungi pasien setiap hari dari kesalahan yang menyakiti.
3. SO3: Menjamin keamanan setiap proses klinis.
4. SO4: Libatkan dan berdayakan pasien serta keluarga untuk membantu dan mendukung perjalanan menuju kesehatan yang lebih aman dan peduli.

5. SO5: Menginspirasi, mendidik, melatih dan melindungi setiap pekerja kesehatan untuk berkontribusi pada sistem desain yang dibuat serta memberikan perawatan yang aman.
6. SO6: Pastikan aliran informasi yang konstan dan pengetahuan yang mumpuni untuk mendorong mitigasi risiko, pengurangan dalam tingkat bahaya dan perbaikan yang dapat dihindari dalam keselamatan perawatan.
7. SO7: Mengembangkan dan mempertahankan multisektoral dan sinergi multinasional, kemitraan dan solidaritas untuk meningkatkan keselamatan dan kualitas pasien perawatan.

1.2.2 Istilah Insiden Keselamatan Pasien

Dalam pelaporan dan pencatatan insiden keselamatan pasien yang terjadi di fasilitas kesehatan, harus sesuai dengan standart yang ada, baik secara nasional, maupun secara international.

Adapun istilah insiden keselamatan pasien yang telah dikenal secara luas adalah sebagai berikut:

1. Insiden Keselamatan Pasien (IKP) / Patient Safety Incident adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan harm (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) yang tidak seharusnya terjadi.
2. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) / Adverse Event adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (“commission”) atau karena tidak bertindak (“omission”), bukan karena “underlying disease” atau kondisi pasien.
3. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / Near Miss adalah suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien.
4. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena “keberuntungan” (misal: pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau “peringanan” (suatu obat dengan

reaksi alergi diberikan , diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya

5. Kondisi Potensial Cedera (KPC) / “reportable circumstance” adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
6. Kejadian Sentinel (Sentinel Event) yaitu suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang diharapkan atau tidak dapat diterima seperti: operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata “sentinel” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (misalnya Amputasi pada kaki yang salah, dan sebagainya) sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

1.3 Konsep Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien sudah menjadi prioritas global dalam sistem pemberian pelayanan kesehatan karena tidak hanya meningkatkan penyediaan perawatan medis yang berkualitas dan pengobatan tetapi juga meningkatkan kepuasan pasien serta mengurangi morbiditas dan mortalitas pasien di rumah sakit (Elizabeth, Zvinavashe & Rukweza, no date). Walaupun sudah menjadi prioritas global namun konsep keselamatan pasien merupakan hal yang mendasar yang harus dipahami oleh setiap individu, departemen, organisasi atau fasilitas kesehatan dalam menjalankan serta mengembangkan keselamatan pasien. Masing-masing peran harus memiliki pemahaman yang sama mengenai sistem keselamatan pasien yang akan dijalankan. Disinilah peran para pemimpin untuk memastikan bahwa setiap individu yang terlibat dalam sistem yang akan dijalankan memahami dan menjalankan setiap peran dengan semestinya sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan.

Galt, Paschal dan Gleason (no date) memberikan beberapa hal penting yang memotivasi penyedia layanan kesehatan untuk terus meningkatkan upaya keselamatan pasien. Hal-hal tersebut adalah sebagai berikut; profesional kesehatan secara intrinsik termotivasi untuk meningkatkan keselamatan pasien karena landasan etika, norma profesional, dan harapan dari disiplin ilmu

masing-masing profesional kesehatan. Selain itu pemimpin organisasi bertanggung jawab untuk menetapkan standar untuk mencapai keselamatan pada tingkat tertinggi dan akan melakukannya sebagai tanggapan terhadap harapan masyarakat yang semakin tinggi, sebab konsumen menjadi semakin sadar akan masalah keamanan layanan kesehatan dan tidak menerimanya. Jika ini dilakukan dengan baik, maka akan ada ruang besar untuk perbaikan sistem dan praktik perawatan kesehatan yang akan menghasilkan pengurangan potensi kesalahan dan bahaya.

Untuk meningkatkan keselamatan pasien, profesional kesehatan harus mengetahui karakteristik yang dapat membuat upaya ini berhasil. Galt, Paschal dan Gleason (no date) memberikan empat karakteristik yang harus diketahui oleh tenaga kesehatan.

1. Setiap individu yang terlibat dalam sistem keselamatan pasien harus bisa mengumpulkan data tentang kesalahan dan insiden dalam organisasi lokal untuk mengidentifikasi peluang untuk bukti dan untuk dapat melacak kemajuan.
2. Profesional kesehatan harus mengembangkan budaya organisasi yang didasarkan pada konsep keselamatan.
3. Proses yang kompleks harus dianalisis menggunakan alat yang tepat.
4. Standarisasi sebanyak mungkin harus dicapai sambil tetap memungkinkan otoritas independen individu untuk memecahkan masalah yang dihadapi secara kreatif.

1.4 Keselamatan dan Kualitas Adalah Konsep yang Berkelanjutan

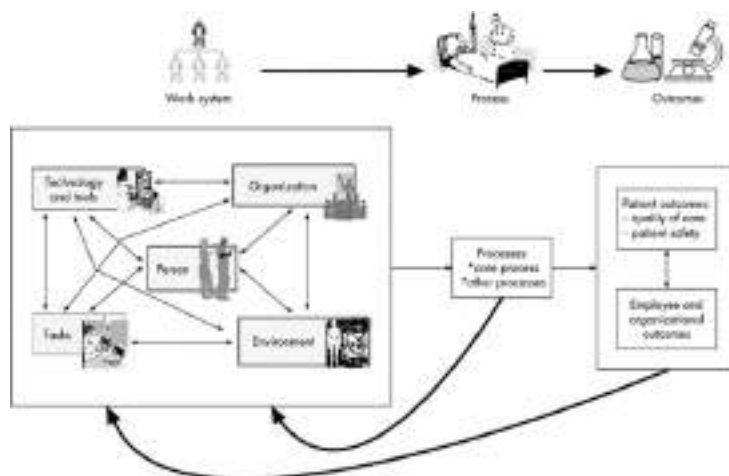
Keselamatan dan kualitas dapat diartikan sebagai: perawatan yang tepat, di tempat yang tepat, pada waktu dan biaya yang tepat. Lebih lanjut dikatakan bahwa sistem kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi memberikan perawatan yang paling tepat dan bernilai terbaik, sekaligus menjaga pasien tetap aman dari bahaya yang dapat dicegah. (Safety and quality of health care, 2020). Keselamatan pasien dan kualitas pelayanan tidak dapat dipisahkan dan sangat penting di semua bidang sistem kesehatan. Ketika perawatan dalam fasilitas kesehatan aman, tentunya kualitas perawatan tersebut akan baik.

Dengan perkataan lain, ketika fasilitas kesehatan memberikan perawatan dengan kualitas terbaik, itu berarti kualitas perawatan yang diberikan dalam sistem kesehatan sangat penting bagi semua pasien dan keluarga.

Salah satu cara untuk mengidentifikasi peluang dalam meningkatkan keselamatan pasien adalah dengan menerapkan praktik peningkatan kualitas berkelanjutan (Galt, Paschal & Gleason, no date). Keselamatan dan kualitas akan terus meningkat jika terus dianalisa secara berkesinambungan serta diperbaharui ke arah yang lebih baik.

Secara umum, konsep keselamatan pasien dan kualitas merupakan kesatuan dari pembentukan system kerja, kemudian proses untuk menjalankan system tersebut yang bertujuan untuk menghasilkan outcomes yang baik. Proses ini akan berlangsung terus menerus untuk guna menyempurnakan teknologi dan intrument yang digunakan, lingkungan yang lebih aman, organisasi yang lebih mendukung serta peran dan tanggung jawab setiap individu dalam menjalankan proses perawatan pasien yang lebih baik lagi, agar menghasilkan mutu yang baik dan keamanan pasien, tenaga medis yang lebih maksimal.

Gambar 1.1 merupakan konsep keselamatan pasien yang berlangsung secara berkesinambungan guna menyempurnakan konsep keselamatan pasien dan kualitas di suatu fasilitas kesehatan.



Gambar 1.1: Konsep Keselamatan Pasien Yang Berlangsung Secara Berkesinambungan (Carayon dkk., 2006)

Bab 2

Cara Meningkatkan Keselamatan Pasien Dengan Menggunakan Metode Peningkatan Kualitas

2.1 Pendahuluan

Tahun 2002 WHO Health Assembly ke 55 melahirkan resolusi yang mampu menstimulasi negara negara di dunia untuk memberikan perhatian kepada masalah patient safety, berbagai upaya dilakukan untuk meningkatkan mutu rumah sakit melalui tiga elemen yang sangat penting yaitu struktur, proses dan outcome, dengan menggunakan berbagai jenis konsep dasar dan regulasi seperti penerapan standar pelayanan rumah sakit, *Continuous Quality Improvement*, Akreditasi rumah sakit, Audite Medis, ISO dan lain lain. (Kemenkes, 2015). Namun harus diakui meskipun kualitas pelayanan di berbagai tatanan pelayanan kesehatan semakin menunjukkan peningkatan, namun ketidaksesuaian dalam tindakan yang dilakukan yang disebut dengan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) masih banyak dijumpai. Insiden Keselamatan Pasien merupakan peristiwa dan kondisi yang tidak sengaja yang mengakibatkan atau berpotensi

menyebabkan cedera namun dapat dicegah. IKP dapat diklasifikasikan atas lima golongan yaitu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cidera (KNC), Kejadian Tidak Cidera (KTC), Kejadian Potensi Cidera (KPC), dan Sentinal. Salah satu strategi dalam merancang sistem keselamatan pasien dirumah sakit adalah bagaimana mengenali kesalahan sehingga dapat dianalisa dan segera dapat diambil tindakan untuk mencegah atau memperbaiki dampak yang terjadi. Upaya untuk mengenali, memperbaiki dan melaporkan kesalahan terkait keselamatan pasien tersebut dilakukan melalui sistem pelaporan. (KKPRS, 2015).

WHO Collaborating for Patient Safety Bersama 100 negara yang tergabung dalam *Joint Commission International Accreditation* (JCIA) melakukan kegiatan untuk mengidentifikasi dan menganalisa berbagai problem patient safety, dan merencanakan strategi yang tepat dalam mencegah atau mengurangi terjadinya insiden keselamatan pasien dan terus mengupayakan peningkatan keselamatan pasien. Kegiatan tersebut menghasilkan *Nine Life-Saving Patient Safety Solution*, yang diklasifikasikan menjadi dua bagian yaitu yang bersifat mandatori ada 6 yang selanjutnya disebut dengan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), SKP 1 Ketepatan Identifikasi pasien, SKP 2 Pelaksanaan Komunikasi Effektif , SKP 3 Kewaspadaan Penggunaan Obat Risiko Tinggi , SKP 4 Tindakan yang benar pada sisi yang benar, SKP 5 Pencegahan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, SKP 6 Peningkatan pencegahan risiko jatuh, sedangkan yang bersifat opsional ada 3 yaitu penggunaan alat injeksi sekali pakai (7), hindari kesalahan pemasangan selang (8), dan Pastikan ketepatan pengobatan pasien pada proses handover (9). (Kemenkes, 2015).

Word Alliance for Patient Safety melaporkan hasil penelitian insiden yang terjadi akibat ketidakpatuhan dalam melaksanakan SKP yang dilakukan oleh beberapa rumah sakit di dunia yang telah diakreditasi oleh JCI (Joint Commission International) . Beberapa hasil penelitian terkait Patient safety tersebut dilaporkan oleh WHO, di antaranya: di seluruh industri pelayanan kesehatan, proses identifikasi pasien yang tidak dilakukan dengan benar terbukti mengakibatkan kesalahan dalam pengobatan, kesalahan transfusi, kesalahan pemeriksaan, prosedur dilakukan pada orang yang salah, dan penyerahan bayi pada keluarga yang salah. Antara November 2003 dan Juli 2005, Badan Keselamatan Pasien Nasional Inggris melaporkan ada 236 insiden terkait dengan gelang identitas pasien yang hilang atau gelang dengan informasi yang salah. Menurut laporan Pusat Nasional Veteran Departemen Urusan Veteran (VA) Amerika Serikat dari Januari 2000 hingga Maret 2003, telah terjadi kesalahan identifikasi pasien yang menyebabkan kesalahan pemeriksaan,

pengobatan dan prosedur medis pada 100 individu di Amerika Serikat. Untungnya, intervensi dan strategi yang tersedia dapat secara signifikan mengurangi risiko kesalahan identifikasi pasien (WHO, 2015).

WHO juga menerima laporan insiden terkait proses komunikasi efektif, di mana selama periode perawatan, seorang pasien berpotensi dirawat oleh sejumlah praktisi kesehatan, baik di rawat jalan maupun rawat inap dan komunikasi merupakan bagian penting dalam tatanan layanan keperawatan yang diberikan pada pasien. Kesenjangan dalam komunikasi ini dapat menyebabkan gangguan serius dalam kesinambungan perawatan, perawatan yang tidak tepat, dan potensi bahaya bagi pasien. Kegagalan dalam komunikasi adalah penyebab utama dari kejadian sentinel yang dilaporkan kepada Komisi Gabungan di Amerika Serikat antara tahun 1995 dan 2006 dan satu-satunya faktor penyebab utama malapraktik di Amerika Serikat. Di Australia, dari 25.000 hingga 30.000 kejadian tidak diharapkan (KTD) yang dapat dicegah yang menyebabkan kecacatan permanen 11% disebabkan oleh masalah komunikasi (WHO, 2015).

Insiden keselamatan pasien berhubungan dengan *Hand hygiene* (HH) yang dilaporkan JCI adalah diseluruh dunia dalam setahun sebanyak 1.400.000 orang mengalami infeksi yang didapat di rumah sakit. Infeksi yang berhubungan dengan perawatan kesehatan/Health Care-Associated Infection (HAI) terjadi di seluruh dunia baik di negara maju dan berkembang. Di negara-negara maju, antara 5% dan 10% pasien mendapatkan satu atau lebih infeksi yang didapatkan di rumah sakit (Nasokomial infeksi) selama perawatan dan 15% -40% pasien yang dirawat di unit intensif mengalami infeksi nasokomial. Di Amerika Serikat, satu dari 136 pasien rawat inap menjadi sakit parah akibat tertular infeksi di rumah sakit. Ini setara dengan 2 juta kasus per tahun, yang menimbulkan biaya tambahan US \$ 4,5-5,7 miliar dan sekitar 90.000 kematian. Di Inggris, 100.000 kasus HAI diperkirakan menelan biaya minimal £ 1 miliar per tahun dengan lebih dari 5.000 kematian disebabkan setiap tahun. Di Meksiko, diperkirakan 450.000 pasien mengalami HAI, menyebabkan 35 kematian per 100.000 bayi baru lahir, dengan tingkat kematian antara 4% dan 56%. Ada bukti kuat bahwa Hand Hygiene mengurangi kejadian HAI. Oleh karena itu kebersihan tangan adalah tindakan mendasar untuk memastikan keselamatan pasien, yang harus terjadi secara tepat waktu dan efektif dalam proses perawatan. Namun, kepatuhan yang sangat rendah terhadap kebersihan tangan berkontribusi pada transmisi mikroba yang mampu menyebabkan HAI yang dapat dihindari. Kepatuhan yang lebih baik terhadap pedoman dan

kebijakan kebersihan tangan telah terbukti mengurangi penyebaran HAI (WHO, 2015).

Juan, et al. (2014) menyatakan bahwa tingkat kepatuhan petugas pelayanan kesehatan dalam mengimplementasikan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), dari hasil penelitian yang dilakukan di Uni Emirat Arab (UEA) dalam mencapai akreditasi dan memenuhi standar JCI, hasilnya menunjukkan tingkat kepatuhan terhadap implementasi SKP adalah 82%. Dari keenam Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) kepatuhan terbaik terlihat pada kepatuhan terhadap SKP ke 5 yaitu mengurangi risiko infeksi terkait perawatan kesehatan dengan tingkat kepatuhan 90%. Kepatuhan terendah terjadi pada SKP ke 1 yaitu proses identifikasi pasien dengan benar yaitu sekitar 70%. Selain itu, untuk SKP 2 (Komunikasi efektif), SKP 3 (Peningkatan pengawasan penggunaan obat konsentrasi tinggi) dan SKP 4 (Pencegahan salah area operasi) memiliki tingkat kepatuhan yang stabil sebesar 87,5%. Kemudian Chaudhary & Swaminathan di RS Swasta di India (2016), menunjukkan persentase kepatuhan Staf Klinis (Resident dan Personil Keperawatan) untuk setiap tujuan SKP. Kepatuhan SKP 1, sebesar 59.3%, SKP 2 sebesar 84.7%, SKP 3 sebesar 92%, SKP 4 sebesar 73%, SKP 5 sebesar 78.4% dan SKP 6 sebesar 95%. Aziz & Safina (2016) memberikan data bahwa di RS Swasta di Malaysia, menyatakan bahwa kepatuhan rata-rata terhadap implementasi keenam tujuan sasaran keselamatan pasien adalah 87,6%, dengan pencapaian kepatuhan staf dalam mengimplementasikan proses identifikasi sebesar 82% dengan penyebab utama untuk kepatuhan yang lebih rendah adalah karena kurangnya pengetahuan staf. Sementara kepatuhan terhadap SKP 2 yaitu komunikasi efektif adalah 85% dengan penyebab utama kurang percaya diri perawat dalam memberikan rekomendasi kepada konsultan. Untuk kepatuhan terhadap SKP 3, meningkatkan kewaspadaan penggunaan obat konsentrasi tinggi dengan tingkat kepatuhan 96%. Kepatuhan terhadap implementasi SKP 4, 5 dan 6 sebesar 92%, ketidakpatuhan tersebut sebagian besar disebabkan oleh pengetahuan staf.

Kepatuhan dalam mengimplementasikan SKP yang dilakukan di Indonesia menunjukkan tingkat kepatuhan yang sangat bervariasi. Setyani (2016) menjelaskan tentang tingkat kepatuhan terhadap proses identifikasi sebesar 77.4%, sementara kepatuhan perawat mengimplementasikan komunikasi efektif sebesar 71% dan 90.% perawat melaksanakan enam langkah mencuci tangan dengan benar pada 5 momen. Secara keseluruhan pencapaian kepatuhan perawat mengimplementasikan SKP sebesar 74.2%. Standar Keselamatan pasien wajib dilaksanakan di tatanan Pelayanan Kesehatan dan jika ada kejadian harus dilaporkan dengan bentuk pelaporan IKP, dan melakukan analisa

penyebab kejadian dari setiap permasalahan yang terjadi sehingga jika ada kejadian kemudian sudah dapat ditetapkan strategi pencegahan masalah yang sama dikemudian hari, hal ini sesuai amanat UU No 44 tahun 2009. Berbagai cara telah dilakukan untuk menerapkan budaya keselamatan pasien di rumah sakit, akan tetapi usaha tersebut masih dikembangkan sendiri sendiri sesuai pemahaman rumah sakit dalam menginterpretasikannya, pada hal Pemerintah melalui peraturan yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia No 1691/2011 dan menyempurnakan dalam Peraturan Menteri Kesehatan No 11/2017 tentang keselamatan pasien rumah sakit, disusunlah regulasi yang mengarahkan bagaimana cara mengimplementasikan standar keselamatan pasien di rumah sakit secara benar dan terukur.

Tingginya angka kejadian insiden keselamatan pasien dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya adalah peran dan tanggung jawab tenaga kesehatan yang semakin kompleks, keterbatasan sumber daya, dan kurangnya responsibilitas dalam mengimplementasikan sasaran keselamatan pasien. Oleh karena itu dibutuhkan suatu solusi yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah tersebut. Salah satu cara yang dapat digunakan adalah dengan meningkatkan responsibilitas perawat dalam mengimplementasikan Sasaran Keselamatan Pasien untuk mengontrol dan mencegah terjadinya dampak yang dapat mengancam keselamatan pasien serta menurunkan angka kematian akibat cedera medis (Bea, Pasinringi, Noo , 2013).

Pencegahan kejadian insiden keselamatan pasien perlu dilakukan secara komprehensif oleh rumah sakit. Namun perlu diidentifikasi terlebih dahulu faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya insiden keselamatan itu sendiri. Berbagai organisasi dan tokoh telah mengemukakan faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya insiden keselamatan pasien. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Kementerian Kesehatan Republik tahun 2015 menyebutkan faktor-faktor kontributor yang melatarbelakangi terjadinya insiden keselamatan pasien adalah sebagai berikut (1) faktor organisasi dan manajemen, (2) faktor lingkungan kerja, (3) faktor Tim Kerja, (4) faktor SDM, (5) faktor tugas, (6) faktor pasien, dan (7) faktor komunikasi. (KKPRS, 2015). NRLS (2018) juga menyebutkan faktor individu, faktor sifat dasar pekerjaan, faktor lingkungan fisik, faktor manajemen dan faktor eksternal organisasi sebagai penyebab terjadinya insiden keselamatan pasien. Namun Program Pelatihan Peningkatan Mutu Keselamatan Pasien (PMKP): Pelatihan Sasaran Keselamatan Pasien merupakan faktor langsung yang memberikan dampak terhadap penurunan terjadinya insiden keselamatan pasien.

2.2 Definisi Keselamatan Pasien (Patient Safety)

Keselamatan (safety) telah menjadi isu global dalam tatanan layanan kesehatan, termasuk rumah sakit sebagai institusi layanan kesehatan maka sangat penting untuk melaksanakan jaminan keselamatan pasien dengan mengimplementasikan *Patient Safety* dengan benar. Terkait dengan keselamatan (safety) di rumah sakit, ada lima isu *safety* yang harus diimplementasikan yaitu: pertama *patient safety* (keselamatan pasien), kedua *staff safety* (keselamatan petugas yang memberikan pelayanan), ketiga *building and equipment safety* (keselamatan bangunan dan peralatan) yang memiliki dampak terhadap terhadap *patient safety* dan *staff safety*, keempat *green productivity* (keselamatan lingkungan) dan yang kelima *business safety* (keselamatan bisnis rumah sakit) yang berdampak pada pengembangan bisnis rumah sakit dan kesejahteraan karyawan. (Kemenkes, 2015).

The Institute of Medicine (IOM) mendefinisikan bahwa keselamatan pasien adalah bebas dari cedera yang tidak sengaja, kemudian Huges (2008) dalam Sutanto (2015), menyatakan bahwa keselamatan pasien adalah suatu kondisi di mana tidak terjadi cedera atau bahaya pada pasien akibat dari pelayanan medis yang diberikan. Sedangkan praktik keselamatan pasien diartikan sebagai suatu upaya untuk mengurangi timbulnya kejadian yang tidak diinginkan sebagai akibat tindakan medis yang dilakukan.

Liam Donaldson (Ketua WHO Word Alliance for Patient safety, Forward Programme, 2006-2007) mengatakan bahwa Perawatan yang aman bukanlah pilihan, tetapi itu adalah hak setiap pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan dari tenaga kesehatan, dengan kata lain sistim pelayanan kesehatan harus mampu memberikan jaminan keamanan, terhindar dari risiko yang tidak diharapkan dari pelayanan yang diberikan bagi pasien (KKPRS, 2015).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomer 11/Menkes/Per/II/2017, keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan Analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjut, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang

diakibatkan oleh kesalahan akibat melakukan tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

2.3 Penatalaksanaan Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Sesuai dengan prinsip dan maksud keselamatan pasien adalah memberikan jaminan kepada pasien untuk tidak mengalami cedera yang tidak diharapkan selama mereka mendapat pelayanan di rumah sakit. Penatalaksanaan keselamatan pasien di rumah sakit dengan benar adalah merupakan cara meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan terhadap pasien. Tata laksana dalam peningkatan kualitas tersebut perlu memperhatikan hal-hal berikut:

2.3.1 Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia melalui Permenkes Nomor 11/ Menkes/ Per/ II/ 2017, menyatakan bahwa rumah sakit dan tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit wajib melaksanakan program dengan mengacu pada kebijakan nasional Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Setiap rumah sakit wajib membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) yang ditetapkan oleh kepala rumah sakit sebagai pelaksana kegiatan keselamatan pasien. TKPRS yang dimaksud bertanggung jawab kepada kepala rumah sakit. Keanggotaan TKPRS terdiri dari manajemen rumah sakit dan unsur dari profesi kesehatan di rumah sakit.

TKRS melaksanakan tugas-tugas sebagai berikut:

1. Mengembangkan program keselamatan pasien di rumah sakit sesuai dengan kekhususan rumah sakit tersebut;
2. Menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit;
3. Menjalankan peran untuk melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan evaluasi tentang implementasi program keselamatan pasien rumah sakit;

4. Bekerjasama dengan bagian pendidikan dan pelatihan rumah sakit untuk melakukan pendidikan dan pelatihan internal keselamatan pasien rumah sakit;
5. Melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisa insiden serta mengembangkan solusi untuk pembelajaran;
6. Memberi masukan dan pertimbangan kepada kepala rumah sakit dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien rumah sakit
7. Membuat laporan kegiatan kepada kepala rumah sakit .

2.3.2 Standar Keselamatan Pasien

Standar Keselamatan Pasien berdasarkan Permenkes No 11/Menkes/Per/II/2017, semua Rumah Sakit wajib melaksanakan dan mematuhi hal-hal berikut:

1. Hak pasien

Hak Pasien dan keluarga adalah mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya kejadian yang tidak diharapkan, dengan kriteria, a) harus ada dokter penanggung jawab pelayanan, b) Dokter penanggung jawab pelayanan harus membuat rencana pelayanan, c) Dokter penanggung jawab pelayanan harus memberikan informasi secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur pada pasien termasuk kemungkinan hasil yang tidak diharapkan.

2. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarga tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien, dengan kriteria keselamatan pasien dalam pelayanan dapat ditingkatkan melalui keterlibatan pasien dan keluarga, sehingga rumah sakit harus menetapkan suatu mekanisme untuk mendidik pasien dan keluarga. Dengan pendidikan tersebut pasien diharapkan mampu a) Memberikan informasi yang benar, jelas, jujur dan dapat dipercaya; b) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga; c) Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti; d) Memahami dan

menerima konsekuensi pelayanan; e) Mematuhi instruksi dan menghormati rumah sakit; f) Memperlihatkan sikap saling menghormati dan tenggang rasa; g) Memenuhi kewajiban financial yang telah disepakati.

3. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan

Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan, dengan kriteria a) Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari pasien masuk, pemeriksaan, diagnosa, perencanaan pelayanan tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit; b) Koordinasi pelayanan disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakkan sumber daya; c) Koordinasi pelayanan mencakup komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, rujukan, dan konsultasi; d) Terdapat komunikasi antar profesi kesehatan sehingga proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.

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

Rumah sakit harus memiliki suatu metode untuk memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisa secara intensif kejadian tidak diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien, dengan kriteria, a) RS harus memiliki strategi dalam peningkatan keselamatan pasien; b) Memiliki data kinerja berkaitan dengan pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan dan keuangan; c) Melakukan evaluasi secara intensif dan berkala kasus risiko tinggi; d) Menggunakan data dan informasi hasil analisa untuk menentukan suatu perubahan.

5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Pemimpin mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien, menjamin program untuk mengidentifikasi risiko keselamatan pasien dan menekan kejadian yang tidak diharapkan,

mendorong komunikasi antar unit pelayanan berkaitan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien, dan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk meningkatkan keselamatan pasien. Yang menjadi kriteria adalah, a) Terdapat tim yang mengelola program keselamatan pasien; b) Ada program yang mengidentifikasi risiko keselamatan pasien dan program yang meminimalkan insiden keselamatan pasien; c) Tersedia mekanisme kerja yang menjamin keselamatan pasien; d) Tersedia prosedur yang cepat tanggap terhadap insiden; e) Tersedia mekanisme pelaporan insiden internal dan eksternal berkaitan dengan insiden keselamatan pasien; f) Tersedia mekanisme untuk menyelesaikan berbagai insiden keselamatan pasien. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai insiden keselamatan pasien.

6. Mendidik Staf tentang keselamatan pasien

Rumah Sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap staf mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien, dan menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf, dengan kriteria, a) Memiliki program pendidikan staf, pelatihan dan orientasi; b) Mengintegrasikan program keselamatan pasien dalam setiap kegiatan in-service training; c) Menyelenggarakan pelatihan teamwork untuk mendukung kolaboratif.

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

Rumah Sakit wajib mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien, dan transmisi data dan informasi harus cepat dan tepat waktu, dengan kriteria tersedianya mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

2.3.3 Sasaran Keselamatan Pasien

Pemerintah Republik Indonesia melalui Permenkes 11/ Menkes/ Per/ II/ 2017 memberikan syarat bahwa setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP). Sasaran Keselamatan Pasien tersebut

meliputi tercapainya, Ketepatan identifikasi pasien (SKP 1), Peningkatan komunikasi yang efektif (SKP 2), Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (SKP 3), Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi (SKP 4), Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan (SKP 5), Pengurangan risiko pasien jatuh (SKP 6).

Sasaran Keselamatan Pasien merupakan keharusan untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu kepada Nine Life-Saving Patient Safety Solutions dari World Health Organization yang disadur oleh Depkes RI, (2015) yang digunakan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKP-RS, PERSI), dan dari Joint Commission International (JCI). Tujuan dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran Keselamatan Pasien menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini. Diakui bahwa desain sistem yang baik secara intrinsik adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin Sasaran Keselamatan Pasien secara umum difokuskan pada solusi-solusi yang menyeluruh.

Panduan dalam mengimplementasikan enam Sasaran Keselamatan Pasien adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut (Kemenkes, 2018):

1. SKP I: Ketepatan Identifikasi Pasien

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

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

Elemen Penilaian yang dilakukan adalah, a) Pasien diidentifikasi menggunakan dua dari tiga identitas pasien yaitu nama pasien, tanggal lahir dan nomor rekam medis. Tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien; b) Identifikasi dilakukan di semua area layanan rumah sakit seperti rawat jalan, rawat inap, unit gawat darurat, kamar operasi, unit layanan diagnostic dan lain lain; c) Identifikasi dilakukan setiap keadaan sesuai intervensi yang akan diberikan pada pasien, misalnya sebelum pemberian obat, darah, pemberian cairan intra vena, pemberian radiotherapy, hemodialisa, pengambilan darah dan specimen, dan lain lain.

2. SKP II: Peningkatan Komunikasi Efektif

Rumah Sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi verbal dan dan atau komunikasi melalui telephone antar profesional pemberi asuhan (PPA), dan bertujuan agar komunikasi dianggap efektif bila tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan tidak mendua, serta mudah dipahami oleh penerima informasi yang bertujuan mengurangi kesalahan, dan meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat berbentuk elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang banyak menimbulkan kesalahan kebanyakan terjadi pada saat perintah yang diberikan secara lisan atau melalui telepon.

Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan lainnya adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti melaporkan hasil laboratorium klinik cito melalui telepon unit pelayanan. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk perintah lisan dan telepon termasuk: mencatat/memasukkan ke komputer perintah secara lengkap atau hasil pemeriksaan oleh penerima perintah, kemudian penerima perintah membaca kembali/read back perintah tersebut atau hasil pemeriksaan, dan mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah akurat. Kebijakan/dan atau prosedur identifikasi juga menjelaskan bahwa diperbolehkan tidak melakukan pembacaan kembali/read back bila tidak memungkinkan seperti di kamar operasi, dan situasi gawat darurat di UGD dan ICU.

Elemen penilaian yang dibuat adalah, a) perintah lengkap secara lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan ditulis secara lengkap oleh penerima perintah, b) perintah lengkap lisan dan telephone atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh si penerima perintah, c) perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan, d) kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telephone secara konsisten.

3. SKP III: Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (High Alert)

Rumah Sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai (High-Alert), dengan maksud bila obat-obatan menjadi bagian dari rencana pengobatan pasien, manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (high-alert medications) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalahan/kesalahan serius (sentinel event), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (adverse outcome) seperti obat-obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau Look Alike Soun

Alike/LASA). Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium klorida 2 meq/ml atau yang lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat dari 0.9%, dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 20%, 40% atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit pelayanan pasien, atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan terlebih dahulu sebelum ditugaskan, atau pada keadaan gawat darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke farmasi. Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai berdasarkan data yang ada di rumah sakit. Kebijakan dan/atau prosedur juga mengidentifikasi area mana saja yang membutuhkan elektrolit konsentrat, seperti di IGD atau kamar operasi, serta pemberian label secara benar pada elektrolit dan bagaimana penyimpanannya di area tersebut, sehingga membatasi akses, untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja/kurang hati-hati.

Elemen penilaian yang dilakukan seperti, a) kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, penyimpanan elektrolit konsentrat, b) implementasi kebijakan dan procedure, c) elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan, d) elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (restricted).

4. SKP IV: Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi. Rumah Sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan ketepatan-lokasi, ketepatan-prosedur dan ketepatan-pasien, dengan tujuan, salah-lokasi, salah-prosedur dan salah-pasien pada pasien operasi, adalah sesuatu yang sangat mengkhawatirkan dan tidak jarang

terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini adalah akibat komunikasi yang tidak efektif atau yang tidak adekuat antar tim bedah, tidak melibatkan pasien dalam penandaan lokasi operasi (site marking) dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Disamping itu assesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi yang terbuka antar tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan tulisan tangan yang tidak terbaca (illegible handwriting) dan pemakaian singkatan adalah faktor kontribusi yang sering terjadi. RS perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi masalah yang mengkhawatirkan ini. Digunakan juga praktik berdasarkan bukti, WHO bersama The Joint Commission's universal Protocol for Preventing Wrong site, wrong procedure, and wrong person surgery. Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan atas satu pada tanda yang dapat dikenali. Tanda itu harus digunakan secara konsisten di rumah sakit dan harus dibuat oleh operator/orang yang akan melakukan tindakan, dilaksanakan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai saat akan disayat. Penandaan lokasi operasi dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (laterality), multipel struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multipel level (tulang belakang). Maksud proses verifikasi praoperatif adalah untuk, 1) Memverifikasi lokasi, prosedur, dan pasien yang benar; 2) Memastikan bahwa semua dokumen, foto (imaging), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang; 3) Melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/ atau implant/implant yang dibutuhkan. Tahap "Sebelum insisi" (Time out) memungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. Time out dilakukan di tempat, di mana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi. Rumah sakit menetapkan bagaimana proses itu didokumentasikan secara ringkas, dengan menggunakan checklist.

Elemen penilaian yang digunakan yaitu, 1) Rumah Sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan; 2) Rumah sakit menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional; 3) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/time-out” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan; 4) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

5. SKP V: Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

Rumah Sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan, dengan tujuan, Pencegahan dan Pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi biasanya ditemui dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (bloodstream infections) dan pneumonia (yang sering sekali dihubungkan dengan ventilasi mekanik). Pusat dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi-infeksi yang lain adalah mencuci tangan (hand hygiene) yang dilakukan secara benar dan tepat, yaitu enam langkah mencuci tangan pada lima momen yang sudah ditentukan.

Elemen penilaian dengan, a) Rumah Sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman hand hygiene dari WHO patient safety, b) menerapkan program hand hygiene yang efektif, c) Kebijakan dan/atau procedure yang dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait dengan pelayanan kesehatan.

6. SKP VI: Pengurangan risiko pasien jatuh.

Rumah Sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi pasien risiko dari cedera akibat jatuh, dengan tujuan, jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien yang dirawat inap. Dalam konteks populasi/masyarakat yang dilayani, pelayanan yang disediakan, dan fasilitas yang dimiliki, maka rumah sakit perlu mengevaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera bila jatuh. Evaluasi bisa termasuk dirawat riwayat jatuh, obat yang telah digunakan, gaya jalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan.

Elemen penilaian adalah, a) Rumah Sakit menerapkan proses assesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan assesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, b) langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang hasil assesmen dianggap risiko jatuh tinggi, c) langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan kejadian yang tidak diharapkan, d) kebijakan dan/procedure dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh.

2.3.4 Tahapan dalam meningkatkan keselamatan pasien.

Rumah sakit harus merancang proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien. Proses perancangan tersebut harus mengacu pada visi, misi dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien (Permenkes 11/ Menkes/ Per/ II/ 2017). Dalam rangka menerapkan Standar Keselamatan Pasien, rumah sakit melaksanakan 7 (tujuh) langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit yang terdiri dari (Permenkes 11/ Menkes/ Per/ II/ 2017):

1. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien;
2. Memimpin dan mendukung staf;

3. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko;
4. Mengembangkan sistem pelaporan;
5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien;
6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien;
7. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

2.3.5 Macam-macam Insiden Keselamatan Pasien

Pengelompokan Insiden Keselamatan Pasien , (PMK, 2017):

1. Kejadian Potensial Cedera – KPC (A reportable circumstance) adalah situasi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera tetapi belum terjadi insiden. Misalnya Obat-obatan LASA (look Alike Sund Alike) diletakkan berdekatan
2. Kejadian Nyaris Cedera – KNC (A Near Miss) adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar atau terkena pasien,. Misalnya unit transfusi darah sudah terpasang pada pasien yang salah tetapi kesalahan tersebut segera diketahui sebelum transfusi dimulai sehingga tidak terjadi hal yang tidak diinginkan.
3. Kejadian Tidak cedera (A No harm Incident) adalah suatu insiden yang sudah terpapar ke pasien tetapi tidak timbul cedera. Misalnya darah transfusi yang salah sudah dialirkan tetapi tidak timbul gejala inkompatibilitas.
4. Kejadian Potensial Cedera-KPC adalah insiden yang mengakibatkan ceders psds psdirn sehingga menimbulkan kecatatan. Misalnya akibat pemberian obat bicarbonat yang berdampak pada kerusakan jaringan.
5. Kejadian yang sangat fatal (sentinel event) artinya suatu Kejadian Tidak Diharapkan – KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius, biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti operasi pada bagian tubuh yang salah.

2.3.6 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Peraturan Menteri Kesehatan Nomer 11/Menkes/2017 menyatakan bahwa sistem pelaporan insiden dilakukan pada internal rumah sakit dan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Sementara insiden yang dilaporkan pada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit meliputi insiden Sentinel, KTD, KNC, KTC dan KPC, yang dilaporkan setelah dilakukan analisis dan mendapat rekomendasi dari TKPRS. Sistem pelaporan nasional Insiden Keselamatan Pasien tersebut harus dijamin kerahasiaannya, anonim dan tidak mudah diakses oleh pihak yang tidak berkepentingan. Pelaporan insiden bertujuan untuk menurunkan insiden dan mengevaluasi sistem pelayanan dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dan bukan untuk menyalahkan orang. Setiap insiden harus dilaporkan pada internal TKPRS dalam tempo 2x24 jam dengan menggunakan format yang disepakati. Selanjutnya TKPRS melakukan analisa dan memberikan rekomendasi serta solusi atas insiden tersebut. Setiap bulan TKPRS melaporkan hasil kegiatan kepada pimpinan RS. RS harus melaporkan insiden, analisa kejadian, rekomendasi dan solusi insiden yang bersifat KTD dan sentinel secara tertulis kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Selanjutnya Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit akan melakukan pengkajian dan memberikan umpan balik serta solusi atas laporan secara nasional tersebut. (Permenkes No 11/Menkes/Per/II/2007).

2.3.7 Landasan Hukum Keselamatan Pasien (Patient Safety)

Landasan hukum yang mendasari Patient safety adalah sebagai berikut:

UU No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Pasal 2: Rumah sakit diselenggarakan berasaskan Pancasila dan didasarkan pada nilai-nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta memiliki fungsi sosial.

Pasal 3 ayat b: memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan RS, SDM di RS.

Pasal 29 ayat b: memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminatif dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai standar pelayanan RS.

Pasal 43: (a) Ayat 1: RS wajib menerapkan standar keselamatan pasien, (b) Ayat 2: standar keselamatan pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menggal

dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan KTD, (c) Ayat 3: RS melaporkan kegiatan pada ayat 2 pada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan oleh Menteri, (d) Ayat 4: pelaporan IKP pada ayat 2 dibuat secara anonym dan ditujukan untuk mengoreksi system dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien.

Permenkes 11/II/2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Pasal 3 Ayat 1: Dalam rangka meningkatkan mutu dan keselamatan pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan, menteri membentuk Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit di fasilitas pelayanan kesehatan.

Pasal 5: (1) Ayat 1: Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan Keselamatan Pasien; (2) Ayat 2: Penyelenggaraan Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada Ayat 1 dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan: (a) standar Keselamatan Pasien; (b) sasaran Keselamatan Pasien; dan (c) tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien; (4) Ayat 4: Standar Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada Ayat 2 huruf a meliputi standar: (a) hak pasien; (b) pendidikan bagi pasien dan keluarga; (c) Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan; (d) penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan Keselamatan Pasien; (e) peran kepemimpinan dalam meningkatkan Keselamatan Pasien; (f) pendidikan bagi staf tentang Keselamatan Pasien; dan (g) komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai Keselamatan Pasien

Pasal 8 Ayat 1: Standar Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (4) huruf c merupakan upaya fasilitas pelayanan kesehatan di bidang Keselamatan Pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan

Pasal 16 Ayat 2: Penanganan insiden di fasilitas pelayanan kesehatan pada ayat (1) dilakukan melalui pembentukan Tim keselamatan Pasien yang ditetapkan oleh pimpinan fasilitas kesehatan sebagai pelaksana kegiatan penanganan insiden.

Pasal 17 Ayat 3: TKPRS melaksanakan tugas: (a) Menyusun kebijakan dan pengaturan bidang keselamatan pasien untuk ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan, (b) mengembangkan program keselamatan pasien di fasilitas kesehatan, (c) Melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang program keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan, (e) Melakukan pencatatan, pelaporan, Analisa insiden termasuk

melakukan RCA dan pengembangan solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien, (f) memberikan masukan dan pertimbangan kepada pimpinan fasilitas pelayanan dalam rangka mengambil kebijakan keselamatan pasien: membuat laporan kegiatan kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dan mengirimkan laporan insiden secara kontinu melalui e-reporting sesuai dengan pedoman pelaporan insiden.

2.3.8 Hak Pasien

1. Pasal 32d UU No 44/2009: "Setiap pasien mempunyai hak memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional"
2. Pasal 32e UU No 44/2009: "Setiap pasien mempunyai hak memperoleh pelayanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi"
3. Pasal 32j UU No 44/2009: "Setiap pasien mempunyai hak mendapatkan informasi tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan"
4. Pasal 32 UU No 44/2009: "Setiap pasien mempunyai hak menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata maupun pidana"

Bab 3

EBP untuk Peningkatan Keselamatan Pasien

3.1 Pendahuluan

Dimulai dengan *Florence Nightingale* pada tahun 1800-an dan berkembang lagi dalam komunitas medis, praktik berbasis bukti (Evidence Based Practice) terus berkembang seiring dengan disiplin keperawatan. Praktik berbasis bukti adalah dasar untuk pendidikan keperawatan sarjana dan pascasarjana dan merupakan cara bagi disiplin keperawatan untuk meminimalkan kesenjangan teori dengan praktik. Bab ini membahas konsep praktik berbasis bukti dari perspektif sejarah yang berkaitan dengan keperawatan dalam domain pendidikan dan praktik untuk peningkatan keselamatan pasien. Memanfaatkan pedoman praktik terbaik keperawatan, meninjau dan menerapkan bukti penelitian yang berlaku, dan memanfaatkan kemajuan teknologi adalah semua cara di mana keperawatan dapat bergerak maju sebagai disiplin yang terinformasi dengan baik.

Evidence Based Practice (EBP) berevolusi dari *Florence Nightingale* pada 1800-an menjadi praktik dokter medis pada 1970-an hingga profesi keperawatan pada akhir 1990-an. Menurut *International Council of Nurses* (2012), EBP merupakan cara bagi disiplin keperawatan untuk meminimalkan kesenjangan teori dengan praktik. Ini juga merupakan jalan penting bagi

pendidik keperawatan untuk menyebarkan pengetahuan dasar untuk mahasiswa keperawatan sarjana dan pascasarjana. Meningkatkan kapasitas mahasiswa keperawatan sarjana untuk memahami dan menerapkan bukti ke dalam praktik mereka adalah "peran universitas yang mendasar" (Hickman, Kelly & Phillips, 2014, hal. 598).

Meskipun tidak diakui secara luas dalam literatur, *Florence Nightingale* dianggap oleh beberapa peneliti perawat untuk memulai konsep meningkatkan hasil pasien melalui bukti suara. (Kalisch & Kalisch, 1986; Lim, 2011; McDonald, 2001; Selanders and Crane, 2012; Sullivan-Marx, 2006). *Florence Nightingale* dikenal luas karena pekerjaannya di rumah sakit militer selama Perang Krimea, yang dimulai pada tahun 1853 dan berlangsung selama 3 tahun (Lambert, 2011). Setelah pengalamannya dalam perang Krimea, Nightingale diminta untuk mengawasi pengelolaan rumah sakit barak di Scutari, Turki, yang dikenal dengan kondisi yang sangat tidak sehat (BBC History, n.d.). Di sanalah Nightingale secara kritis memeriksa bagaimana lingkungan memengaruhi kesehatan dan hasil pasien. Dalam bukunya *Notes on Nursing*, pertama kali diterbitkan pada tahun 1859, Nightingale (1970) berbicara tentang "perawatan luka" dan kebersihan pribadi ketika berhadapan dengan perawatan pasien langsung. Dia menulis, "Bandingkan noda pada kain yang Anda cuci ketika dingin tanpa sabun, dingin dengan sabun, panas dengan sabun. Anda akan menemukan yang pertama hampir tidak menghilangkan kotoran sama sekali, yang kedua sedikit lebih banyak, dan yang ketiga lebih banyak lagi." Istilah *Evidence Based Practice* tidak diketahui saat itu, tetapi Nightingale menggunakan bukti yang telah ditentukan melalui eksperimen dan pemeriksaan kritis untuk memengaruhi hasil pasien secara positif. Bukunya *Notes on Nursing* dapat dianggap sebagai pedoman praktik terbaik untuk perawat saat itu.

Nightingale juga memanfaatkan statistik dalam upaya untuk memahami dan memprediksi morbiditas dan mortalitas pasien (Aravind & Chung, 2009; Nightingale, 1970). Pada bukunya *Notes on Nursing*, dia menulis, "Dalam membandingkan kematian antara satu rumah sakit dengan yang lain, statistik apa pun dianggap benar-benar tidak berharga yang tidak memberikan usia, jenis kelamin, dan penyakit dalam semua kasus." Nightingale melanjutkan dengan membahas bahwa dokter sering mengharapkan pemulihan dan perawatan pasien serupa dalam kasus demografi pasien yang sama sekali berbeda. Tanpa badan penelitian pengetahuan untuk dibicarakan pada saat itu, Nightingale menanamkan praktik keperawatannya dengan bukti dengan tujuan meningkatkan hasil kesehatan pasien. Dia adalah pelopor praktik berbasis bukti dalam disiplin keperawatan.

3.2 EBP dalam Disiplin Keperawatan

Definisi EBP (Evidence Based Practice) dalam profesi keperawatan telah berkembang dari berbasis klinis yang ketat menjadi menggabungkan pendekatan yang lebih holistik yang secara tepat mencerminkan keseluruhan penelitian dan praktik keperawatan. Hal ini tidak hanya terlihat dalam adopsi praktik klinis tetapi juga dapat dimanfaatkan dalam pendidikan keperawatan sarjana dan pascasarjana dan pengembangan teori (Stevens, 2013).

Menurut *International Council of Nurses*, EBP dalam keperawatan didefinisikan sebagai “pendekatan pemecahan masalah untuk pengambilan keputusan klinis yang menggabungkan pencarian bukti terbaik dan terbaru, keahlian dan penilaian klinis, dan nilai preferensi pasien dalam konteks kepedulian” (2012). Demikian pula, posisi Canada Nursing Association (2002) bahwa EBP didasarkan pada pengambilan keputusan dan digunakan untuk mengoptimalkan hasil pasien, meningkatkan praktik klinis, dan memastikan akuntabilitas dalam keperawatan. Dalam proyek EBP di Hong Kong, Prancis tahun 1999 merekrut sejumlah perawat terdaftar (RN) dengan pengalaman dalam aplikasi EBP dan membahas tiga sketsa yang membantu pengerjaan ulang definisi EBP. Salah satu fitur yang lebih mencolok dibahas oleh Perancis adalah pemanfaatan pengetahuan tacit dalam pelaksanaan EBP. Pengetahuan tacit, menurut bahasa Prancis, adalah pengetahuan yang tidak ada dalam literatur tetapi dikenal baik oleh profesi keperawatan dan berhasil digunakan dalam praktik. Definisi Prancis tentang EBP diperluas menjadi “fokus pada integrasi bukti yang tersedia dan pengetahuan tacit penyidik.” Sementara definisi ini kurang spesifik dan detail, konsep pengetahuan tacit mendorong perawat profesional untuk menggabungkan penelitian dan pengalaman sebelumnya berdasarkan faktor kontekstual ke dalam praktik mereka. Definisi lain yang digunakan untuk mendefinisikan EBP berasal dari definisi Sackett pada 1990-an (Beyea & Slattery, 2013).

3.2.1 Pemanfaatan Penelitian Versus EBP

Salah satu cara di mana EBP pertama kali dikonseptualisasikan dalam keperawatan adalah melalui pemanfaatan penelitian. Sementara EBP mencakup pendekatan yang berpusat pada pasien (Rycroft-Malone et al., 2004), pemanfaatan penelitian hanyalah penggunaan langkah-langkah penelitian yang ketat untuk menilai secara kritis bukti penelitian dan menerapkan bukti itu ke dalam praktik (Beyea & Slattery, 2013). Pemanfaatan penelitian adalah proses

kategoris yang tidak mencakup beberapa kualitas holistik yang melekat dalam keperawatan, misalnya, tacit, pengetahuan pengalaman Perancis. Proses ini memiliki tempat dalam pengembangan basis pengetahuan keperawatan, namun, penting untuk memahami bagaimana praktik berbasis bukti memengaruhi perawatan pasien dan meminimalkan kesenjangan teori dengan praktik dalam keperawatan. Keperawatan berbasis bukti (Evidence Based Nursing) adalah konsep luas yang bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien, mengurangi biaya perawatan kesehatan dan, pada akhirnya, menyediakan kerangka kerja yang mendukung pengambilan keputusan dalam situasi spesifik pasien (Beyea & Slattery, 2013). Beyea dan Slattery berpendapat bahwa pemanfaatan penelitian dapat cenderung berfokus pada penerapan studi penelitian yang sangat andal sebelum menentukan manfaat atau nilainya di area praktik klinis. Jalan ini menjadi perhatian, karena prioritas seperti keselamatan pasien, pentingnya preferensi pasien, dan nilai-nilai berpotensi hilang dari apa yang diyakini sebagai bukti terbaik.

3.2.2 Pedoman Praktik Terbaik

Pada abad ke-21, salah satu cara di mana keperawatan bergantung pada EBP untuk meningkatkan hasil pasien dan perawatan pasien adalah penggunaan pedoman praktik terbaik. Banyak organisasi keperawatan telah mengambil inisiatif dan menciptakan berbagai pedoman praktik terbaik sebagai cara bagi perawat profesional untuk lebih siap memanfaatkan prinsip-prinsip praktik berbasis bukti dalam pengambilan keputusan perawatan pasien. Di Kanada, Asosiasi Perawat Terdaftar Ontario telah memimpin dalam menciptakan dan mendistribusikan lebih dari 50 pedoman praktik terbaik tentang berbagai topik perawatan pasien seperti manajemen nyeri, perawatan akhir hidup, dan kolaborasi di antara perawat profesional. Menurut *Canada Nursing Association* (2010), pedoman praktik terbaik didasarkan pada penelitian paling ketat yang tersedia, seperti tinjauan sistematis dan uji coba terkontrol secara acak, tetapi juga mencakup penelitian "berdasarkan pendapat ahli dan konsensus." Pedoman komprehensif ini menghubungkan ide-ide orisinal di balik pengobatan berbasis bukti dengan perspektif dasar utama yang menjadikan keperawatan sebagai profesi yang peduli. Pedoman praktik terbaik dapat memperluas pengetahuan dan penelitian keperawatan, sekaligus memastikan advokasi dan perawatan pasien berbasis bukti.

Telah dikemukakan dalam literatur bahwa karena EBP berakar pada medikalisasi perawatan pasien, ia berpotensi mengabaikan aspek lain yang diperlukan untuk perawatan holistik yang disediakan oleh profesi keperawatan

(Francis, 1999; Mantzoukas, 2007; Melnyk et al., 2004). French (1999) berpendapat bahwa EBP, karena telah berkembang dari kedokteran berbasis bukti, memiliki keterbatasan dalam penerapannya pada keperawatan dan profesi perawatan kesehatan lainnya. Dia berpendapat bahwa EBP terlalu bergantung pada perspektif positivis dan bahwa temuan dari uji klinis sering menggantikan aspek lain yang sama-sama relevan dari penelitian keperawatan. *International Council of Nurses* (2012) dan *Canadian Nurses Association* (2002), antara lain, setuju bahwa pertama dan terutama, bentuk bukti yang paling dapat diandalkan adalah tinjauan sistematis, diikuti oleh uji coba terkontrol secara acak. Namun, Dewan Perawat Internasional dan *Canada Nurses Association* (CNA) juga sangat jelas bahwa pendapat dan pengalaman perawat individu serta preferensi dan nilai pasien sama relevannya dalam membentuk pedoman ini. Basis penelitian profesi keperawatan dimulai sebagai landasan teoretis. Teori-teori seperti Carper (1978) pola dasar mengetahui telah meresap literatur sebagai cara konseptualisasi profesi keperawatan dan juga sebagai sarana pedoman praktek di semua domain keperawatan. Kualitas yang melekat pada perawat, seperti belas kasih, persepsi yang tajam, dan pengetahuan yang diperoleh melalui pengalaman yang dipelajari, tidak selalu dapat diukur tetapi juga memerlukan tempat di antara pedoman praktik terbaik sebagai sarana untuk meningkatkan kepuasan pasien. Namun, penting untuk menyadari bahwa EBP tidak dapat eksis hanya dengan satu bukti penelitian. Pengalaman keperawatan dan bukti penelitian yang sah harus terus bekerja sama untuk menginformasikan EBP.

3.2.3 Praktik dan Teknologi Berbasis Bukti

Salah satu aspek dalam memberikan perawatan pasien yang aman dan berbasis bukti adalah dapat mengakses informasi dalam jumlah besar melalui teknologi seluler (Doran et al., 2010). Pemanfaatan teknologi ini diajarkan oleh pendidik keperawatan dalam upaya mempersiapkan mahasiswa keperawatan untuk berpikir berbasis bukti di area klinis (Raman, 2015). Hambatan penggunaan praktik berbasis bukti di area klinis, oleh perawat dan mahasiswa, adalah kurangnya akses nirkabel dan kurangnya pengetahuan mengenai temuan penelitian yang relevan dan terkini. Melalui penggunaan teknologi seluler, penelitian saat ini dapat dibawa langsung ke titik perawatan. Selain mengatasi kendala aksesibilitas, teknologi mobile juga dapat meningkatkan relevansi pengetahuan ini. Sebuah studi diselesaikan oleh Doran et al. (2010) mengevaluasi penggunaan teknologi seluler seperti asisten digital pribadi dan dampaknya terhadap dukungan dan pemanfaatan praktik berbasis bukti oleh staf keperawatan. Doran dkk. menemukan bahwa ketika diberi alat yang diperlukan

(yaitu *smartphone*), perawat lebih mungkin untuk mengakses sumber daya yang berkaitan dengan obat dan informasi medis dan pedoman praktik terbaik.

Penggunaan teknologi seluler meningkatkan aksesibilitas sumber daya praktik berbasis bukti. Hal ini sangat penting dengan perawat baru dan mahasiswa keperawatan berlatih keterampilan dasar. Asosiasi Perawat Terdaftar di Ontario (n.d.) mendukung akses online ke perangkat implementasi pedoman praktik terbaik yang memberikan panduan di tingkat organisasi dan individu. Selain itu, Asosiasi Perawat Terdaftar Ontario menyediakan aplikasi *smartphone* yang memungkinkan akses cepat ke database literatur pedoman praktik terbaik online yang dapat dicari. Dalam kasus di mana seorang perawat tidak merasa memenuhi syarat untuk mengakses sumber daya teknologi ini, strategi yang sangat layak dari *Canada Nurses Association* (CNA) mencakup program bimbingan EBP. *American Association of Colleges of Nursing* juga menyediakan berbagai dukungan untuk sarjana sains yang dipersiapkan untuk keperawatan berkaitan dengan penelitian keperawatan, pendidikan keperawatan, dan EBP. Dokumen Praktik Berbasis Bukti mendukung perawat dengan panduan langkah demi langkah untuk menerapkan EBP tetapi juga menyediakan strategi yang dapat digunakan dalam pengaturan praktik (*American Association of Colleges of Nursing*, 2013). Dengan program dan dukungan seperti ini, perawat dapat dididik dan dibimbing dalam menggunakan teknologi yang memberikan bukti penelitian yang mendukung praktik mereka.

3.2.4 Implikasi bagi Profesi Keperawatan

Sangat penting bahwa RN proaktif dalam pencarian pengetahuan penelitian sehingga kesenjangan antara teori dan praktek terus menutup. Sebuah studi oleh Stokke, Olsen, Espehaug, dan Nortvedt (2015) mengeksplorasi perasaan positif dan EBP dengan 356 perawat. Mereka menemukan bahwa sebagian besar perawat percaya menggunakan EBP berkontribusi pada hasil yang lebih positif bagi pasien; namun, banyak juga yang mengatakan bahwa mereka tidak menggunakan bukti secara konsisten dan tidak yakin tentang bagaimana hal itu harus diterapkan dalam praktik. Menurut Dewan Perawat Internasional (2012), penggunaan EBP menantang pendekatan praktik keperawatan dan perawatan pasien saat ini dan, dengan melakukan itu, membuat perawat bertanggung jawab atas praktik itu. Inti dari keperawatan adalah perawatan yang berpusat pada pasien, keselamatan pasien, dan hasil pasien yang lebih baik. Dengan pemikiran ini, perawat harus berusaha untuk memahami konsep yang lebih luas yaitu praktik berbasis bukti dan bekerja dalam organisasi dan institusi pendidikan mereka untuk memastikan bahwa bukti yang paling lengkap dan tepat

digunakan dan bahwa pedoman yang diterapkan mencakup semua aspek keperawatan. peduli.

Jadi, EBP berakar pada premis bahwa perawatan pasien harus diinformasikan oleh bukti yang kuat. Profesional keperawatan memanfaatkan dan mensintesis bukti terbaik untuk menginformasikan praktik klinis dan pengambilan keputusan mereka. Menurut CNA, "pengambilan keputusan dalam praktik keperawatan dipengaruhi oleh bukti dan juga oleh nilai-nilai individu, pilihan klien, teori, penilaian klinis, etika, undang-undang dan lingkungan praktik" (Council of Nurses, 2002). Dimulai dengan Florence Nightingale di tahun 1800-an dan berkembang dari dalam komunitas medis pada 1970-an, praktik berbasis bukti terus maju dan berubah seiring dengan disiplin keperawatan. Memanfaatkan pedoman praktik terbaik keperawatan, meninjau dan menerapkan bukti penelitian yang berlaku, dan memanfaatkan kemajuan teknologi adalah semua cara di mana keperawatan dapat bergerak maju sebagai disiplin yang terinformasi dengan baik.

3.3 Konsep Evidence Based

Evidence Based Practice (EBP) adalah tindakan yang teliti dan bertanggung jawab dengan menggunakan bukti (berbasis bukti) yang berhubungan dengan keahlian klinis dan nilai-nilai pasien untuk menuntun pengambilan keputusan dalam proses perawatan (Titler, 2008). EBP merupakan salah satu perkembangan yang penting pada dekade ini untuk membantu sebuah profesi, termasuk kedokteran, keperawatan, sosial, psikologi, *public health*, konseling dan profesi kesehatan dan sosial lainnya (Briggs & Rzepnicki, 2004; Brownson et al., 2002; Sackett et al., 2000).

Evidence Based Practice (EBP) keperawatan adalah proses untuk menentukan, menilai, dan mengaplikasikan bukti ilmiah terbaik dari literature keperawatan maupun medis untuk meningkatkan kualitas pelayanan pasien. Dengan kata lain, EBP merupakan salah satu langkah empiris untuk mengetahui lebih lanjut apakah suatu penelitian dapat diimplementasikan pada lahan praktek yang berfokus pada metode dengan critical thinking dan menggunakan data dan penelitian yang tersedia secara maksimal (Lihat Gambar 3.1).

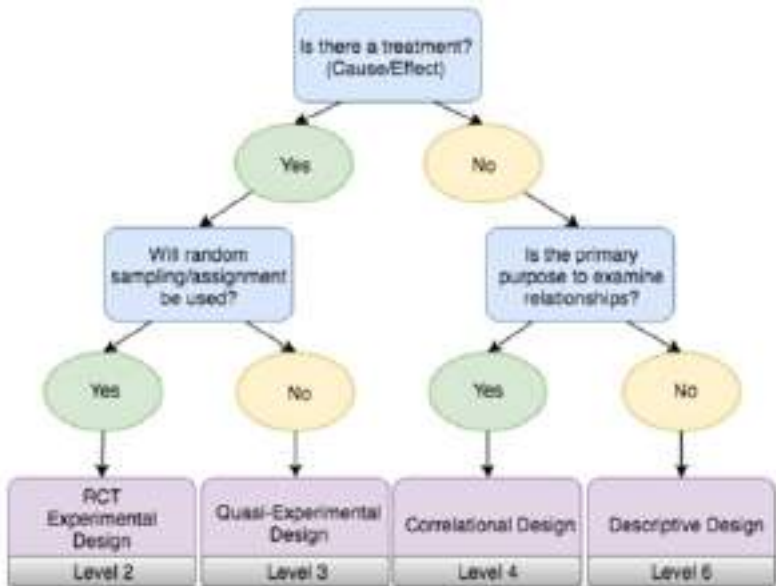
Tingkatan *evidence* disebut juga dengan hierarchy evidence yang digunakan untuk mengukur kekuatan suatu *evidence* dari rentang bukti terbaik sampai dengan bukti yang paling rendah. Tingkatan *evidence* ini digunakan sebagai bahan pertimbangan dalam EBP. Hirarki untuk tingkatan *evidence* yang

ditetapkan oleh Badan Kesehatan Penelitian dan Kualitas (AHRQ), sering digunakan dalam keperawatan (Titler, 2010).

Tabel 3.1: Level Evidence (Summak, Samancioğlu dan Bağlibel, 2010)

Tingkatan	Evidence
Level 1	Evidence berasal dari systematic review atau meta-analysis dari RCT yang sesuai.
Level 2	Evidence berasal dari suatu penelitian RCT dengan randomisasi.
Level 3	Evidence berasal dari suatu penelitian RCT tanpa randomisasi.
Level 4	Evidence berasal dari suatu penelitian dengan desain case control dan kohort.
Level 5	Evidence berasal dari systematic reviews dari penelitian descriptive dan qualitative.
Level 6	Evidence berasal dari suatu penelitian descriptive atau qualitative.
Level 7	Evidence berasal dari suatu opini dan atau laporan dari para ahli.

RCT: Randomized Controlled Trial



Gambar 3.1 Melnyk Level of Evidence (Melnyk, 2015)



Gambar 3.2: Evolusi layanan "5S" untuk keputusan perawatan kesehatan berbasis bukti (Haynes, 2006)

3.3.1 Langkah-langkah Implementasi EBP

Menurut Melnyk & Fineout-Overholt (2011), terdapat tujuh langkah yang harus dilewati ketika akan mengimplementasikan suatu Evidence Based Practice yaitu:

1. Menumbuhkan semangat terhadap penelitian
Sebelum memulai dalam tahapan yang sebenarnya di dalam EBP, harus ditumbuhkan semangat dalam penelitian sehingga klinikan akan lebih nyaman dan tertarik mengenai pertanyaan-pertanyaan berkaitan dengan perawatan pasien.
2. Merumuskan pertanyaan klinis dalam format PICOT
Pertanyaan klinis dalam format PICOT untuk menghasilkan evidence yang lebih baik dan relevan.
 - P: Patient Population (kelompok / populasi pasien)
 - I: Intervention or Issue of Interest (intervensi atau issue yang menarik)
 - C: Comparison intervention of group (perbandingan intervensi di dalam suatu kelompok/populasi)
 - O: Outcome (hasil)

- T: Time frame (rangka waktu)
3. Mencari dan mengumpulkan literatur evidence yang berhubungan
Mencari evidence yang baik adalah langkah pertama di dalam penelitian, untuk menjawab pertanyaan tindakan dengan melakukan systematic reviews dengan mempertimbangkan level kekuatan dari evidence yang digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan (Guyatt & Rennie, 2002).
 4. Melakukan telaah atau penilaian kritis terhadap evidence.
Langkah ini merupakan langkah vital, di dalamnya termasuk penilaian kritis terhadap evidence. Kegiatannya meliputi evaluasi kekuatan dari evidence tersebut, yaitu tentang kevalidan dan generalisasinya.
 5. Mengintegrasikan evidence terbaik dengan pengalaman klinis dan rujukan serta nilai-nilai pasien dalam pengambilan keputusan atau perubahan. Konsumen dari jasa pelayanan kesehatan menginginkan turut serta dalam proses pengambilan keputusan klinis dan hal tersebut merupakan tanggung jawab etik dari pemberi pelayanan kesehatan dengan melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan terhadap tindakan (Melnyk & Fineout-Overholt, 2005).
 6. Mengevaluasi tujuan di dalam keputusan praktis berdasarkan evidence. Pada tahap ini dievaluasi EBP yang dipakai, bagaimana atau sejauh mana perubahan yang dilakukan berefek terhadap tujuan pasien atau apakah efektif pengambilan keputusan yang dilakukan.
 7. Menyebarkannya tujuan EBP atau perubahan
Sangat penting menyebarkannya EBP baik yang sesuai ataupun yang tidak sesuai, dengan cara melakukan presentation oral atau poster di wilayah lokal, regional, nasional atau internasional.

3.3.2 Pengkajian dan Alat untuk Evidence Based Practice

Penerapan konsep praktik klinis berbasis bukti menandai pergeseran dari pelayanan tradisional menjadi pelayanan kesehatan profesional yang dalam pelaksanaannya berdasar pada pendapat dari otoritas, data, studi klinis yang relevan, dan penelitian.

Terdapat beberapa kemampuan dasar yang harus dimiliki tenaga kesehatan profesional untuk dapat menerapkan praktek klinis berbasis bukti, yaitu:

1. Mengidentifikasi gap/kesenjangan antara teori dan praktek,
2. Memformulasikan pertanyaan klinis yang relevan,
3. Melakukan pencarian literature yang efisien,
4. Mengaplikasikan peran dari bukti, termasuk tingkatan/hirarki dari bukti tersebut untuk
5. Menentukan tingkat validitasnya,
6. Mengaplikasikan temuan literature pada masalah pasien, dan
7. Mengertidanmemahamiketerkaitanantaranilaidanbudayapasiendapat memengaruhi keseimbangan antara potensial keuntungan dan kerugian dari pilihan manajemen/terapi (Jette et al., 2003).

Dalam penerapan praktek klinis berbasis bukti, perlu adanya beberapa pengkajian awal, diantaranya kesiapan; kepercayaan; sikap; pengetahuan; dan perilaku terhadap EBP, hingga implementasi dari EBP sendiri. Beberapa instrument telah dikembangkan untuk membantu mengkaji hal-hal tersebut. Kesiapan implementasi dapat dikaji menggunakan *Organizational Culture and Readiness for System-Wide Implementation of EBP (OCRSI EP)*. Instrumen ini dikembangkan oleh Fineout-Overholt and Melnyk tahun 2006, terdiri dari 25 item yang diukur dengan 5 point skala Likert. Semakin tinggi total skor yang didapat, menunjukkan semakin tinggi pula kesiapan organisasi tersebut dalam implementasi EBP. Koefisien alpha Cronbach's berada pada rentang 0.93 – 0.94 (Wallen & Mitchell, 2011).

Instrumen lain yaitu *EBP Beliefs Scale (EBPB)* yang dikembangkan oleh Fineout- Overholt and Melnyk tahun 2003, terdiri dari 16 item yang diukur dengan 5 point skala Likert dengan rentang sangat tidak setuju (1) sampai sangat setuju (5). Terdapat dua item yang terdiri dari pernyataan negatif. Semakin tinggi total skor yang didapat, menunjukkan semakin tinggi pula kepercayaan/keyakinan dan kemampuan seseorang untuk mengimplementasikan EBP dan koefisien alpha Cronbach's berada pada rentang 0.90 – 0.92 (Wallen & Mitchell, 2011).

Implementasi dari EBP pun dapat dikaji pelaksanaannya, yaitu dengan menggunakan *EBP Implementation Scale (EBPI)* yang juga dikembangkan oleh Fineout-Overholt and Melnyk tahun 2003, terdiri dari 18 item. Pada tiap

item mengindikasikan seberapa sering individu tersebut menggunakan EBP dalam waktu 8 minggu. Respon mulai dari tidak pernah sama sekali dalam 8 minggu sampai lebih dari 8 kali dalam 8 minggu dengan koefisien alpha Cronbach's berada pada rentang 0.92 – 0.94 (Wallen & Mitchell, 2011).

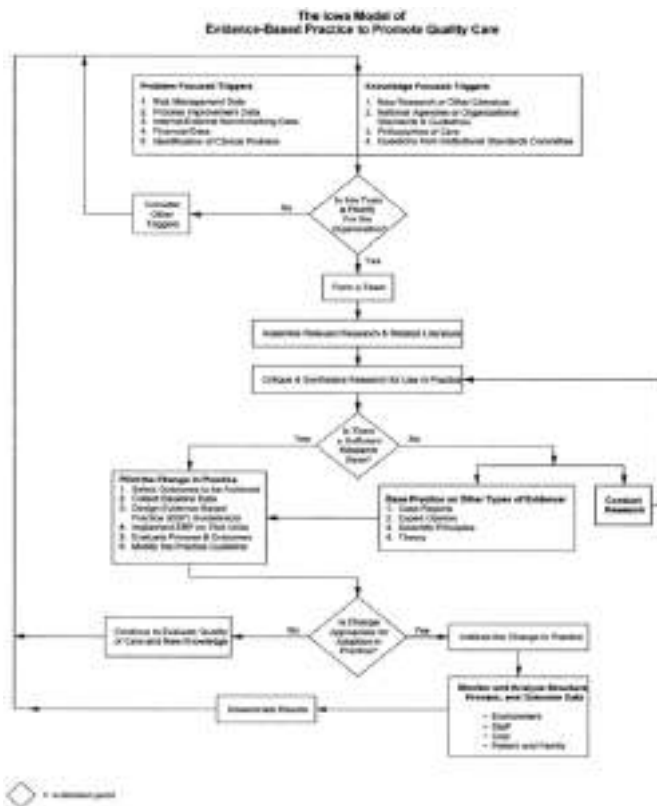
3.3.3 Model Implementasi Evidence Based Practice

1. Model Settler

Merupakan seperangkat perlengkapan/media penelitian untuk meningkatkan penerapan Evidence based. 5 langkah dalam Model Settler: Fase 1: Persiapan; Fase 2: Validasi; Fase 3: Perbandingan evaluasi dan pengambilan keputusan; Fase 4: Translasi dan aplikasi; Fase 5: Evaluasi

2. Model IOWA Model Evidence Based Practice untuk Mempromosikan Perawatan Berkualitas. Model EBP IOWA dikembangkan oleh Marita G. Titler, PhD, RN, FAAN. Model IOWA diawali dari pemicu/masalah. Pemicu/masalah ini sebagai fokus ataupun fokus masalah. Jika masalah mengenai prioritas dari suatu organisasi, tim segera dibentuk. Tim terdiri dari stakeholders, perawat klinis, dan tenaga kesehatan lain yang dirasakan penting untuk dilibatkan dalam EBP. Langkah selanjutnya adalah mensintesis EBP. Perubahan terjadi dan dilakukan jika terdapat cukup bukti yang mendukung untuk terjadinya perubahan. Kemudian dilakukan evaluasi dan diikuti dengan diseminasi (Jones & Bartlett, 2004; Bernadette Mazurek Melnyk, 2011). Pendekatan EBP model IOWA dari perspektif organisasi dan menggunakan berbagai evidence dengan fokus pada evaluasi dan menerapkan EBP untuk meningkatkan proses perawatan (Eizenberg, 2010).

Model IOWA menyoroti pentingnya mempertimbangkan seluruh sistem pelayanan kesehatan mulai dari pemberi pelayanan, pasien, dan infrastruktur lainnya menggunakan riset dalam pedoman pengambilan

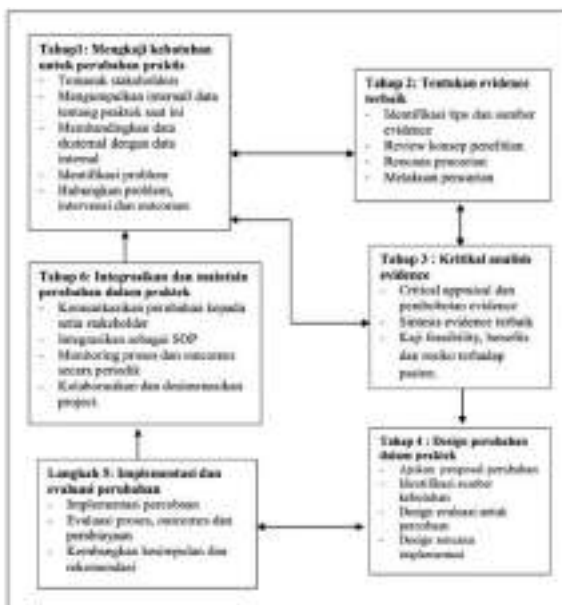


Gambar 3.3: Tahapan EBP model IOWA (Titler, 2008)

Keputusan klinik. Model Iowa ini, penting sekali untuk perawat klinik mempertimbangkan apakah masalah yang telah diidentifikasi merupakan prioritas untuk ruangan/instansi. (Lihat gambar 4.3)

3. Model Konseptual Rosswurm & Larrabee

Model ini disebut juga dengan model Evidence Based Practice Change yang terdiri dari 6 langkah yang digambarkan dalam bagan di bawah ini. Model ini menjelaskan bahwa penerapan Evidence Based Nursing ke lahan praktek harus memperhatikan latar belakang teori yang ada, kevalidan dan kereliabilitasan metode yang digunakan, serta penggunaan nomenklatur yang standar (Lihat Gambar 3.4).



Gambar 3.4: Langkah Sistematis (Bernadette Mazurek Melnyk, 2011)

Model ini adalah revisi dari model dari Rosswurm dan Laarabee (1999) dengan merevisi langkah-langkahnya sehingga lebih sistematis. Model ini dikembangkan oleh pengalaman dari Laarabee dengan mendidik dan membimbing terhadap perawat di dalam mengaplikasikan model ini di West Virginia University Hospital dan prioritas pengalaman dengan mengajar/mengajar dan membimbing perawat dalam perbaikan kualitas

3.4 Evidence Based Practice dan Clinical Research dalam Keperawatan

3.4.1 Faktor yang Memengaruhi Implementasi EBP

Terdapat beberapa faktor yang dapat memengaruhi implementasi hasil temuan penelitian di tatanan praktek keperawatan, yaitu: karakteristik dari cara adopsi (nilai penelitian keperawatan, kemampuan, dan kesadaran perawat), karakteristik organisasi (setting, hambatan, dan keterbatasan), karakteristik dari

inovasi (kualitas penelitian), dan karakteristik dari pola komunikasi (cara penyampaian dan akses ke penelitian) (Munten, Bogaard, Cox, Garretsen, & Bongers, 2010).

Satu studi kualitatif dari Rapp, Doug, Callaghan, & Holter (2010) menyatakan bahwa hambatan yang ada saat implementasi EBP di tatanan klinis keperawatan adalah: sikap dari supervisor, sikap dari praktisioner, sikap dari anggota lain dalam suatu organisasi, stakeholder, dan pendanaan. Selain itu, suatu hasil penelitian dapat diimplementasi ketika memenuhi hal-hal di bawah ini (Munten et al., 2010; Gerrish, McDonnell, et al., 2011; Gerrish, Guillaume, et al., 2011; Wilkinson, Nurs, Nutley, & Davies, 2011):

1. Evidence tersebut bersifat ilmiah dan sesuai dengan konsensus pihak professional ahli dan sesuai dengan pilihan pasien.
2. Evidence tersebut memiliki konteks fitur pembelajaran yang dapat memberikan tranformasi pemikiran para pemimpin organisasi dan memiliki mekanisme pemantauan umpan balik yang dapat disesuaikan dengan kebutuhan.
3. Evidence tersebut sesuai dengan strategi, ketersediaan sumber daya, nilai dan konteks budaya, serta gaya kepemimpinan dalam organisasi.
4. Evidence dapat dievaluasi.
5. Terdapat masukan dari para fasilitator ahli.

Salah satu fasilitator yang dapat digunakan adalah perawat senior dengan pengalaman klinis dan jenjang pendidikan yang memadai. Tugasnya adalah memajemen dan mempromosikan penyerapan pengetahuan baru. Dalam hal memajemen, fasilitator bertugas mengumpulkan/menghasilkan berbagai temuan penelitian, bertindak sebagai sumber informasi bagi perawat klinis, mensintesis temuan penelitian, dan menyebarkan hasil tersebut baik secara formal dan informal. Dalam hal mempromosikan, fasilitator mengembangkan pengetahuan dan keterampilan perawat klinis melalui peran modeling, pengajaran, dan fasilitasi pemecahan masalah klinis.

Selain itu, juga terdapat beberapa tipe pertanyaan berbeda ketika membahas tentang penelitian intervensi klinis, yaitu apakah intervensi tersebut bekerja (efficacy), apakah intervensi tersebut sama jika digunakan di beberapa populasi klinis (effectiveness), apakah intervensi ini baik jika dibandingkan dengan terapi lain (equivalence), apakah intervensi ini aman, dan apakah intervensi ini bersifat

efektif dari segi pembiayaan (costeffective) (Forbes, 2009; Bulechek et al., 2013).

3.4.2 Isu Etik dalam Nursing Clinical Research

Menurut Fouka & Marianna (2011), terdapat empat isu etik utama dalam melakukan suatu penelitian keperawatan yaitu: *informed consent*, *beneficence-do no harm*, *respect for anonymity and confidentiality*, dan *respect for privacy*.

1. Informed Consent

Esensi dari sebuah lembar informed consent adalah seseorang yang menjadi subjek penelitian mengetahui dan mendapatkan informasi secara adekuat terkait penelitian yang akan dilakukan, memiliki kemampuan untuk memilih, dan secara sukarela menjadi subjek penelitian tanpa paksaan (Polit & Beck, 2004; Fouka & Marianna, 2011). Dijelaskan lebih lanjut bahwa dalam penyampaian informasi, harus dijelaskan segala bentuk ketidaknyamanan fisik, tindakan invasif yang mungkin akan mengancam martabat, dan alternatif penyelesaiannya.

2. Beneficence – do no harm

Subjek penelitian dapat memiliki risiko bahaya dari berbagai aspek (fisik, psikologis, sosial, dan ekonomi), hal ini menuntut peneliti untuk dapat meminimalisir segala bentuk kemungkinan bahaya dan ketidaknyamanan saat penelitian berlangsung.

3. Respect for anonymity and confidentiality

Aspek kerahasiaan, baik dari segi identitas maupun data hasil penelitian harus menjadi perhatian penting dari tim peneliti.

4. Respect for privacy.

Beberapa penelitian klinis keperawatan terkadang menggunakan tindakan yang bersifat invasive dan berpotensi mengancam martabat, atau bahkan menghasilkan perasaan cemas, rasa bersalah, atau malu. Hal ini juga yang harus diperhatikan oleh tim peneliti.

Terkait isu etik dalam penelitian keperawatan, baik perawat peneliti maupun perawat non-peneliti, memiliki peran yang sama sebagai advokat pasien. Terlebih pada pasien yang tergolong dalam vulnerable subjects (anak-anak,

pasien dengan gangguan mental atau emosional, orang dengan ketidakmampuan fisik, pasien penyakit terminal, wanita hamil, dan narapidana). Perawat harus memastikan bahwa pasien dapat mempertimbangkan untuk terlibat dalam penelitian dan mampu memahami informasi yang telah diberikan tim peneliti. Saat pasien mengekspresikan keraguan atau kekhawatiran, atau berisiko dibujuk dalam penelitian percobaan, maka perawat memiliki peran penting dan krusial dan harus membawa topik ini untuk diperhatikan oleh tim peneliti (Polit & Beck, 2004; Fouka & Marianna, 2011; Pick, Berry, Gilbert, & McCaul, 2013).

3.4.3 Penerapan EBN dalam Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan cara berpikir perawat tentang bagaimana mengorganisir perawatan terhadap individu, keluarga dan komunitas. Banyak manfaat yang dapat diperoleh dalam proses ini, antara lain membantu meningkatkan kolaborasi dengan tim kesehatan, menurunkan biaya perawatan, membantu orang lain untuk mengerti apa yang dilakukan oleh perawat, diperlukan untuk standar praktek profesional, meningkatkan partisipasi klien dalam perawatan, meningkatkan otonomi pasien, meningkatkan perawatan yang spesifik untuk masing-masing individu, meningkatkan efisiensi, menjaga keberlangsungan dan koordinasi perawatan, dan meningkatkan kepuasan kerja (Wilkinson, 2007). Dalam proses keperawatan, terdapat banyak aktivitas pengamtilan keputusan dari saat tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Pada setiap fase proses keperawatan tersebut, hasil-hasil penelitian dapat membantu perawat dalam membuat keputusan dan melakukan tindakan yang mempunyai dasar/rasional hasil penelitian yang kuat.

1. Tahap pengkajian

Pada tahap ini, perawat mengumpulkan informasi untuk mengkaji kebutuhan pasien dari berbagai sumber. Informasi dapat diperoleh melalui wawancara dengan pasien, anggota keluarga, perawat yang lain, atau tenaga kesehatan yang lain dan juga dapat melalui rekam medis, dan observasi. Masing-masing sumber tersebut berkontribusi secara unik terhadap hasil pengkajian secara keseluruhan. Hasil penelitian yang dapat digunakan dapat berupa hal yang terkait dengan cara terbaik untuk mengumpulkan informasi, tipe informasi apa yang perlu diperoleh, bagaimana menggabungkan seluruh bagian data

pengkajian, dan bagaimana meningkatkan akurasi pengumpulan informasi.

2. Hasil penelitian juga dapat membantu perawat dalam memilih alternative metode atau bentuk untuk tipe pasien, situasi maupun pada tempat pelayanan tertentu
3. Tahap penegakkan diagnosis keperawatan
Hasil penelitian yang dapat digunakan antara lain adalah hal yang terkait membuat diagnosa keperawatan secara lebih akurat dan frekuensi terjadinya masing-masing batasan karakteristik yang terkait dengan suatu diagnosis keperawatan.
4. Tahap perencanaan
Pada tahap ini, hasil penelitian yang dapat digunakan antara lain hasil penelitian yang mengindikasikan intervensi keperawatan tertentu yang efektif untuk diaplikasikan pada suatu budaya tertentu, tipe dan masalah tertentu, dan pada pasien tertentu.
5. Tahap intervensi/implementasi
Idealnya, perawat yang bertanggung jawab akan melakukan intervensi keperawatan yang sebanyak mungkin didasarkan pada hasil-hasil penelitian.
6. Tahap evaluasi
Pada tahap ini, evaluasi dilakukan untuk menilai apakah intervensi yang dilakukan berdasarkan perencanaan sudah berhasil dan apakah efektif dari segi biaya. Hasil enelitian yang dapat digunakan pada tahap ini adalah hal yang terkait keberhasilan ataupun kegagalan dalam suatu pemberian asuhan keperawatan.

Bab 4

Budaya Dalam Lingkup Kerja Perawat Dalam Peningkatan Keselamatan Pasien

4.1 Pendahuluan

Patient safety atau keselamatan pasien merupakan sistem di mana rumah sakit, klinik atau pusat layanan kesehatan memberikan asuhan keperawatan yang aman kepada pasien, dan keluarga serta menghindari terjadinya cedera akibat kelalaian menjalankan tindakan sesuai dengan SOP. Menurut Peraturan Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien, dalam bab 1 ketentuan umum pasal 1 ayat 1 mendefinisikan, „Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesment risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil” (Moelek, N and Ekatjahjana, 2017).

Keselamatan pasien merupakan disiplin perawatan kesehatan yang muncul dengan kompleksitas yang berkembang dalam sistem perawatan kesehatan dan mengakibatkan peningkatan kerugian pasien di fasilitas perawatan kesehatan. Hal ini bertujuan untuk mencegah dan mengurangi risiko, kesalahan dan kerugian yang terjadi kepada pasien selama pemberian pelayanan kesehatan, (WHO, 2019).

Dari kedua definisi di atas, terdapat beberapa poin penting yang dapat diambil terkait dengan sistem keselamatan pasien antara lain; perawat atau tenaga medis memiliki peranan penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman dan berkualitas bagi pasien dan keluarga sehingga pasien maupun keluarga tidak dirugikan. Patient safety, harus menjadi budaya bersama bagi seluruh tenaga medis dan stakeholder, hal ini penting mengingat setiap layanan kesehatan bersentuhan langsung dengan pasien dan keluarga yang datang dengan harapan memperbaiki kondisi kesehatannya dan bukan menambah masalah kesehatan yang dihadapi.

Sebagai upaya meminimalisir terjadinya kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terkait dengan aspek keselamatan pasien, maka manajemen rumah sakit perlu menciptakan lingkungan yang membudayakan keselamatan pasien. Manfaat membudayakan keselamatan pasien bukan hanya bagi pasien itu sendiri tapi juga bagi organisasi.

Berikut beberapa manfaat membudayakan keselamatan pasien antara lain;

1. Bagi organisasi dapat mengetahui lebih dini jika ada kesalahan yang akan terjadi atau telah terjadi.
2. Meningkatnya kesadaran untuk melaporkan kejadian serta belajar dari kesalahan yang telah terjadi sehingga kejadian serupa tidak terulang.
3. Tenaga kesehatan memiliki kesadaran yang tinggi akan keselamatan pasien, sehingga kesalahan dapat dicegah.
4. Tenaga kesehatan yang tertekan, dan malu oleh karena kesalahan yang dibuat akan berkurang.
5. Berkurangnya biaya yang diakibatkan oleh kesalahan dan penambahan terapi.
6. Mengurangi SDM yang dibutuhkan dalam menangani keluhan pasien.

4.2 Konsep Budaya Keselamatan Pasien

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) menyatakan, budaya keselamatan pasien merupakan produk dari nilai, sikap, persepsi, kompetensi serta pola tingkah laku dari individu atau kelompok yang menentukan komitmen, gaya serta kecakapan suatu organisasi kesehatan dalam menjalankan manajemen keselamatan pasien (Simamora, 2019).

Survei yang dilakukan untuk melihat gambaran budaya keselamatan pasien di salah satu rumah sakit yang ada di Klaten sebagaimana tergambar berikut ini; 5% menyatakan sempurna, 36,0% menyatakan tingkat keselamatan pasien sangat baik, 21,03% menyatakan dapat diterima namun ada sebanyak 47,1% atau hampir sebagian responden tidak memberikan jawaban. Hasil ini juga memberikan gambaran yang menarik yakni 48% responden belum pernah melaporkan tentang insiden keselamatan pasien, 29,4% melaporkan 1-5 kali, 13,2% 6-10 kali, dan hanya 2,2% yang melaporkan lebih dari 10 kali. Hasil itu menunjukkan 15 dari 17 unit kerja mempunyai budaya keselamatan pasien yang rendah dengan rata-rata 65,34%, (Farkhati, Rochmad and Oktariani, 2019).

Sebuah penelitian dilakukan untuk menganalisa rendahnya laporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit, hasilnya menunjukkan angka IKP lebih tinggi dibanding dengan laporan IKP. Identifikasi IKP dilakukan terhadap semua dimensi yaitu, KTD, KNC, KTC, KPC dan sentinel event. Observasi yang dilakukan 1-2 jam pada 3 area ditemukan 30 IKP yang terdiri dari 12 kasus kejadian tidak cedera (KTC), 18 kasus kejadian potensial cedera (KPC). Adapun penyebab utama dari rendahnya laporan IKP oleh karena rasa takut karyawan dalam melaporkan IKP, (Gunawan, Widodo and Harijanto, 2015) .

Semakin baik budaya keselamatan pasien disuatu rumah sakit, maka semakin baik pula partisipasi karyawan dalam memberikan laporan insiden keselamatan pasien, sehingga memberikan pengaruh positif dalam memberikan layanan kesehatan yang aman, (Suryanto, 2018). Rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya akan memiliki budaya keselamatan yang positif, jikalau dimensi budaya berikut ini dimiliki;

4.2.1 Budaya keterbukaan (Open Culture)

Budaya ini menggambarkan seluruh karyawan merasa nyaman mendiskusikan tentang insiden keselamatan pasien dengan teman satu tim ataupun dengan manajernya. Setiap karyawan merasa yakin bahwa fokus utama adalah

keterbukaan sebagai media pembelajaran dan bukan untuk mencari kesalahan ataupun menghukum. Agar staf merasa nyaman mendiskusikan insiden dan masalah keselamatan perlu ditekankan bahwa, fokus adalah pada pembelajaran dan pencegahan dan bukan untuk mengidentifikasi kinerja buruk seseorang yang dijadikan dasar dalam penilaian kinerja.

Berikut tindakan-tindakan yang dapat dilakukan;

1. Adanya panduan keselamatan pasien yang terstruktur dan terencana, sehingga memungkinkan administrator dapat berkomunikasi dengan staf kesehatan yang jadi garda terdepan dalam masalah keselamatan pasien dan tanda nyata komitmen administrator dalam meningkatkan keselamatan pasien.
2. Melakukan diskusi secara mendadak tentang keselamatan pasien untuk melihat kesiapan setiap anggota terkait keselamatan pasien.
3. Lakukan observasi atau penelitian untuk melihat budaya keselamatan pasien yang dijalankan kaji tentang pandangan staf dalam mengimplementasikan keselamatan pasien, (Carthey and Clarke, 2010).

4.2.2 Budaya Keadilan (Just Culture)

Perawat dan pasien diperlakukan secara adil saat terjadinya insiden dan tidak berfokus untuk mencari kesalahan individu tetapi lebih mempelajari secara sistem penyebab terjadinya kesalahan. Lingkungan yang terbuka dan adil akan membantu staf membuat pelaporan secara jujur mengenai kejadian yang terjadi dan menjadikan insiden sebagai pelajaran.

Tindakan-tindakan yang dapat dilakukan untuk memastikan budaya keadilan antara lain;

1. Buat berbagai instrumen yang dapat digunakan untuk memastikan bahwa setiap kejadian akan di evaluasi secara adil dan terbuka, bukan untuk mencari kesalahan tetapi untuk memastikan sistem keselamatan pasien berjalan dengan baik.
2. Ada kecenderungan untuk mencari siapa yang salah, sehingga perlu assessment yang objective untuk melihat secara keseluruhan dan bukan hanya fokus kepada si pembuat kesalahan.

3. Lakukan survei terhadap pasien dan staf yang terlibat dalam insiden untuk mengidentifikasi persepsi tanggapan setelah kejadian.
4. Sebagai tim kesehatan diskusikan insiden atau hasil temuan investigasi keselamatan pasien. Hadirkan konsultan atau perawat senior untuk mendengar dan mengidentifikasi indikator positif dan negatif dari budaya yang adil. Sebagai contoh, apakah sistem sudah ada sehingga staf yang baik dan kompeten tidak dapat membuat kesalahan?
5. Minta pendengar untuk memberikan umpan balik kepada mereka, (Carthey and Clarke, 2010).

4.2.3 Budaya Laporan (Reporting Culture)

Ketika budaya organisasi terbuka dan adil, staf layanan kesehatan akan lebih berani untuk melaporkan insiden yang terjadi. Jika ada staf layanan yang mempertanyakan mengapa kasus seperti itu harus dilaporkan maka itu mengindikasikan bahwa staf tersebut miskin budaya pelaporan. Itu sebabnya manajemen memiliki peranan penting untuk menanamkan sikap positif terhadap pelaporan insiden.

Tindakan yang dapat diambil antara lain;

1. Analisa laporan insiden yang masuk, dan petahkan per departemen lalu buat perangkingan atau tingkat keparahan. Buat persentase laporan yang disampaikan dokter, perawat dan team kesehatan yang lain yang terlibat dalam memberikan layanan kesehatan.
2. Buat perbandingan antara insiden yang terjadi di tempat anda dengan tempat lain yang memberikan layanan yang sama.
3. Jadikan pelaporan insiden sebagai salah satu target capaian.
4. Buat rencana jangka panjang untuk implementasi sistem pelaporan insiden serta evaluasi kinerja staf dalam mengimplementasikan budaya keselamatan pasien.
5. Ajukan pertanyaan-pertanyaan untuk mendapatkan gambaran dari implementasi yang telah dilakukan. Contoh, apakah sistem pelaporan merata disetiap departemen? Apakah ada kejadian yang tidak dilaporkan? Dst.

6. Pastikan staf memahami bahwa setiap laporan diterima dan di evaluasi dengan baik (Carthey and Clarke, 2010).

4.2.4 Budaya Belajar (Learning Culture)

Belajar merupakan salah satu budaya yang penting untuk dikembangkan dalam suatu organisasi, dengan mempelajari setiap kemungkinan, mengomunikasikan dan mengingatkan setiap staf maka setiap orang akan memahami dan belajar dari yang lain, sehingga semua memiliki persepsi yang sama dalam mengimplementasikan patient safety.

Tindakan yang dapat diambil antara lain;

1. Memberikan safety talk setiap minggu kepada seluruh karyawan dengan mengangkat isu-isu terkini yang didapatkan melalui analisa data laporan insiden yang masuk.
2. Diskusikan dengan rekan sekerja terkait rekomendasi yang diberikan.
3. Pastikan semua karyawan yang baru bergabung untuk mendapatkan safety induction sehingga budaya patient safety dapat tertanam sejak dini.
4. Mengajukan staf untuk selalu update informasi terkait dengan patient safety.
5. Memberikan laporan yang telah di analisa menjadi sumber informasi bagi setiap staf, (Carthey and Clarke, 2010).

4.2.5 Budaya Informasi (Informed Culture)

Organisasi yang memiliki budaya patient safety yang baik akan senantiasa belajar dari pengalaman masa lalu sehingga memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi dan menghindari hazard atau risiko.

Tindakan yang dapat diambil antara lain;

1. Analisa data penilaian risiko keselamatan pasien yang telah dilakukan di tempat tertentu atau departemen tertentu selama satu tahun terakhir (jika ada).
2. Rencanakan untuk meningkatkan jumlah penilaian risiko keselamatan pasien yang dilakukan di organisasi anda selama enam bulan kedepan.

3. Berikan umpan balik kepada staf yang menyelesaikan penilaian risiko, sehingga mereka dapat melihat bahwa upaya menghasilkan peningkatan keselamatan pasien.
4. Lakukan pelatihan terstruktur untuk meningkatkan kesadaran setiap staf.
5. Tingkatkan kesadaran setiap staf melalui pemberian reward kepada departemen yang konsisten dalam membudayakan pasien safety.
6. Lakukan brainstorming untuk melihat sejauh mana pemahaman staf dalam menilai situasi rawan risiko.

4.3 Hambatan Penerapan Budaya Keselamatan Pasien

Ada beberapa faktor yang menjadi penyebab, rendahnya implementasi budaya keselamatan pasien diantaranya;

1. Rendahnya tingkat kepedulian petugas kesehatan terhadap pasien, hal ini bisa dilihat dengan ditemukannya kejadian diskriminasi yang dialami oleh pasien terutama golongan masyarakat yang tidak mampu.
2. Beban kerja tenaga medis yang belum ideal, umumnya terlampau berat khususnya perawat. Di rumah sakit perawat memiliki peran yang sangat vital dalam memberikan asuhan keperawatan, disisi lain jumlahnya yang terbatas menjadi penyebab peningkatan beban kerja.
3. Orientasi pragmatisme tenga kesehatan, masih banyak yang fokus atau berorientasi untuk mencari keuntungan sehingga keselamatan pasien diabaikan.
4. Masih lemahnya pengawasan yang dilakukan oleh dinas kesehatan terhadap para petugas kesehatan. lemahnya pengawasan juga dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain, kurangnya personel dinas kesehatan sampai rendahnya bargaining position dinas kesehatan (Trisnantoro and Probowo, 2019).

Keempat poin di atas setidaknya menjadi penghalang terwujudnya budaya keselamatan pasien di setiap rumah sakit. Penelitian yang dilakukan di salah satu rumah sakit pemerintah padang menunjukkan dimensi pelaporan merupakan dimensi yang terendah yaitu sebesar 31% yang masuk kategori kurang. Sebanyak 95 responden atau 38% mengatakan bahwa tidak ada jumlah kejadian yang dilaporkan dalam 12 bulan terakhir. Hal ini menunjukkan bahwa sistem pelaporan masih sangat rendah dan belum diatur dengan baik, (Mandriani, Hardisman and Yetty, 2019).

Disiplin dalam pelaporan keselamatan pasien dapat meningkatkan penerapan budaya budaya keselamatan pasien sehingga insiden dapat dihindari. Banyaknya petugas kesehatan yang abadi karena merasa bahwa insiden tersebut tidak berdampak besar dan dapat ditangani sendiri dan hanya fokus melaporkan kejadian yang besar. Sikap seperti ini akan memengaruhi budaya dan jika terus dipupuk maka pasien dapat menjadi korban, (Najihah, 2018).

Bab 5

Penyebab Terjadinya Adverse Events Terkait Prosedur Invasif

5.1 Prosedur Invasif dalam Keperawatan

Proses keperawatan menempatkan keselamatan kerja dan keselamatan pasien sebagai prioritas utama dalam praktiknya, di mana dalam keselamatan pasien memperhatikan assessment risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Widiasari, Handiyani and Novieastari, 2019; Wianti et al., 2021).

Prosedur invasive merupakan tindakan medis yang mampu mengganggu keutuhan jaringan pasien, tindakan ini sering kali mengakibatkan pasien stress saat hospitalisasi diantaranya pemasangan infus, pemasangan urin kateter dan pengambilan darah. Di mana dalam pengambilan darah dan infus akan menimbulkan rasa nyeri pada area penusukan jarum infus atau jarum pada saat pengambilan darah (Wandini and Resandi, 2020). Rasa ketidaknyamanan pada pasien, terutama pasien anak-anak yang ditimbulkan akibat nyeri dapat diamati melalui perilaku menangis. Anak menunjukkan kekhawatiran terhadap dampak

dari suatu prosedur. Anak dengan kondisi nyeri menunjukkan berbagai komplikasi seperti timbulnya kecemasan, gangguan perilaku, psikososial, dan fisiologis (Neale, Woloshynowych and Vincent, 2001; Sembiring, Novayelinda and Nauli, 2015).

Dalam praktiknya, tindakan invasive terhadap pasien perlu adanya informed consent dan dicatat di dalam rekam medis pasien, sehingga tidak muncul gugatan atau tuntutan malpraktek di kemudian hari oleh pasien dan keluarga pasien. Pada dasarnya tindakan invasive harus dilakukan oleh dokter, namun beberapa tindakan tersebut bisa didelegasikan kepada perawat, antara lain: (UU no 29 tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran; UU no 36 tahun 2009 tentang Kesehatan; Peraturan Menteri Kesehatan RI no 90/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran; Peraturan Menteri Kesehatan RI no 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit; Keputusan Menteri Kesehatan RI no 373/MENKES/SK/III/2007 tentang Standar Profesi Kesehatan)

1. Pemasangan IV kateter
2. Melepas IV kateter
3. Memasang urin kateter
4. Melepas urin kateter
5. Memasang NGT (nasogastric tube)
6. Melepas NGT
7. Melakukan injeksi IM, IV, IC
8. Kumbah lambung
9. Tindakan hecting dan aff hecting
10. Eksterpasi kuku
11. Cross insisi
12. Insisi abses
13. Pengambilan corpus alenum tanpa penyulit
14. Irigasi telinga dan mata
15. Anestesi local: tindakan invasive ini didelegasikan kepada perawat anestesi

5.2 Adverse Event

Adverse event (AEs) dimaknai sebagai sebuah insiden yang tidak diharapkan terjadi bagi petugas kesehatan, yang merugikan pasien. (KTD)/adverse event bervariasi dari yang ringan seperti mual, gatal-gatal dan diare sehingga harus dirawat lebih lama sampai pada akibat yang fatal seperti misalnya cacat seumur hidup dan bahkan meninggal (Budihardjo, 2008; Purba, 2020). Klasifikasi AEs, diantaranya:

1. Kejadian Sentinel yaitu kejadian yang dapat mengakibatkan kematian atau cedera yang serius
2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC), yaitu kecelakaan tetapi belum sampai terpapar ke pasien
3. Kejadian Tidak Cedera (KTC), kecelakaan yang mengakibatkan pasien terpapar, tetapi tidak menimbulkan cedera
4. Kondisi Potensial Cedera (KPC), kecelakaan yang berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadinya insiden

Kerugian yang dirasakan oleh pelayanan kesehatan (rumah sakit) diantaranya: besarnya biaya ganti rugi, lamanya masa rawat dari pasien, bahkan adanya resistensi obat yang dirasakan oleh pasien, kecacatan, bahkan kematian (Anderson et al., 2013).

Adverse event (AEs), antara lain: (1) salah memberi obat; (2) salah membaca hasil pemeriksaan laboratorium; (3) salah mendiagnosis pasien. Kejadian tidak diharapkan (KTD)/adverse event tersebut disebabkan oleh berbagai faktor seperti misalnya dokter kelelahan, alat yang tidak berfungsi dengan semestinya ataupun perawat yang salah mencatatnya. Data menunjukkan bahwa kurang dari 20% AEs yang dapat dicegah secara langsung terkait dengan operasi bedah atau prosedur invasive, dan kurang dari 10% AEs terjadi kesalahan diagnosis. 53% AEs terjadi dalam perawatan bangsal umum (termasuk penilaian awal saat pengkajian dan penggunaan obat-obatan dan cairan intravena) dan 18% dalam perawatan pada saat pemulihan. Kemungkinan penyebab AEs ini termasuk kesalahan catatan dan diagnosis dokter yang tidak berpengalaman, catatan yang buruk, komunikasi yang buruk antara perawat profesional dan petugas kesehatan lainnya, masukan yang tidak memadai oleh konsultan ke dalam perawatan sehari-hari, dan kurangnya pengkajian yang terperinci yang

dilakukan kepada pasien sebelum pulang (Neale, Woloshynowych and Vincent, 2001).

Perbaikan diperlukan dalam proses perawatan dengan didukung oleh sistem informasi yang baik yang mampu memberikan pengetahuan tentang penyakit, protokol untuk pengobatan, dan informasi tentang hasil perawatan untuk setiap pasien.

Berdasarkan banyaknya pelaporan AEs, maka perlunya strategi pencegahannya, di antaranya: (Neale, Woloshynowych and Vincent, 2001; Kable, Gibberd and Spigelman, 2002; Nursery and Champaca, 2018; Batista, Drehmer and Cruz, 2020)

1. Merumuskan dan mengevaluasi strategi pencegahan termasuk penerapan kebijakan atau protokol yang lebih baik
2. Peningkatan pemantauan (supervisi) kualitas pelayanan pada pasien yang lebih baik dan tracking program, dengan kualitas tracking yang baik akan mampu mencegah AEs
3. Peningkatan pendidikan dan pelatihan yang lebih baik kepada perawat dan petugas kesehatan lainnya, terkait keterampilan kinerja dan patient safety
4. Pentingnya komunikasi dan lebih banyak konsultasi sebelum memberikan tindakan kepada klien. Kelemahan berkomunikasi secara efektif antara perawat dan dokter dapat menjadi factor penghambat komunikasi dan dapat meningkatkan risiko insiden keselamatan pasien.
5. Meningkatkan komunikasi yang efektif antar profesi kesehatan
6. Ketepatan identifikasi pasien sebelum tindakan
7. Peningkatan keamanan obat. Obat yang perlu diwaspadai merupakan obat yang persentasenya tinggi akan menyebabkan terjadinya kesalahan atau error atau kejadian sentinel. Enam obat yang berisiko terjadinya kesalahan, diantaranya: insulin, heparin, opioid, injeksi kalium klorida atau konsentrat kalium fosfat, blocking agen neuromuskuler, obat kemoterapi.
8. Kepastian tepat lokasi, prosedur dan pasien operasi, perawat perlu memperhatikan: prosedur dan pasien operasi seperti persiapan puasa,

cukur, melakukan enema sesuai instruksi dokter, mengecek hasil foto termasuk rontgen dan pemeriksaan darah.

9. Pengurangan risiko infeksi, salah satu faktor yang memengaruhi terjadinya infeksi nasokomial adalah kemampuan perawat dalam menerapkan tehnik aseptik, selain itu hand hygiene juga merupakan aspek yang harus diperhatikan. Oleh karena itu, diperlukan peran aktif dari perawat untuk memperhatikan lingkungan yang aman bagi pasien sehingga terhindar dari bahaya infeksi nasokomial di rumah sakit
10. Pengurangan risiko jatuh, melakukan prosedur pencegahan pasien jatuh seperti memasang pagar pengaman, penerangan cukup dan mengupayakan lantai tidak basah

5.3 Penyebab Terjadinya Adverse Events Terkait Prosedur Invasif Dalam Pelayanan Kesehatan

Adverse events seringkali diakibatkan oleh: salah memberi obat, salah membaca hasil pemeriksaan laboratorium dan salah mendiagnosis pasien, komunikasi yang tidak efektif, penggunaan obat high alert yang tidak aman, tidak tepatnya prosedur invasif (lokasi, prosedur, pasien operasi). Kejadian tidak diharapkan (KTD)/adverse event tersebut disebabkan oleh berbagai faktor seperti misalnya dokter kelelahan, alat yang tidak berfungsi dengan semestinya ataupun perawat yang salah dalam pencatatan, interaksi sumber daya manusia (SDM) dengan teknologi, system, ataupun situasi yang tidak dinamis, kurangnya pengetahuan atau kurang pelatihan dalam penggunaan alat kesehatan, penggunaan alat kesehatan tidak mengacu pada SOP, alat kesehatan dimodifikasi sendiri, pemeliharaan yang tidak memadai, defect (bawaan pabrik) (Hakim and Pudjirahardjo, 2014; Purba, 2020).

Penyebab kejadian tidak diinginkan (KTD) alat kesehatan, diantaranya: (Kementrian Kesehatan RI, 2020)

1. Malfungsi atau penurunan dalam karakteristik atau kinerja

2. Hasil pengujian yang salah atau di luar spesifikasi (mis. hasil tes positif palsu atau hasil tes negatif palsu yang menghasilkan status yang tidak tepat yang diberikan kepada individu)
3. Ketidaktepatan dalam penandaan, petunjuk penggunaan dan/ atau materi promosi
4. Penemuan ancaman kesehatan masyarakat yang serius
5. Penggunaan yang salah (use error)

5.4 Pelaporan Adverse Events (AEs)

Adverse events dapat menyebabkan kerugian materiil dan non materiil, seperti kerugian biaya yang harus dipertanggung jawabkan oleh pasien menjadi lebih besar, memperlama waktu rawat bagi pasien di rumah sakit, bahkan terjadinya resistensi obat. Kerugian bagi rumah sakit yang harus dikeluarkan menjadi lebih besar yaitu, pada upaya tindakan pencegahan terhadap kejadian luka tekan, infeksi nosocomial, pasien jatuh dengan cedera, kesalahan obat yang mengakibatkan cedera (Purba, 2020).



Gambar 5.1: Adverse events dilayanan kesehatan

Melihat dampak yang negative dari AE, maka perlu adanya peningkatan system keselamatan pasien di lingkungan kerja keperawatan. Dalam pelayanan keperawatan keselamatan pasien, kepuasan pasien dan keluarga menjadi prioritas utama, di mana dalam asuhan keperawatan kesembuhan pasien dan perbaikan kondisi pasien dapat terwujud tanpa mencederai pasien (Rachmawati dan Harigustian, 2019). Pelaku Usaha/ pemilik izin edar harus melakukan investigasi dan menindaklanjuti Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) serta membuat laporan hasil investigasi awal dalam waktu paling lambat 7 hari sejak mendapat informasi kejadian dan laporan investigasi akhir dengan

mencantumkan akar masalah dan tindak lanjutnya dalam waktu paling lambat 30 hari, sejak laporan awal tindak lanjut diterima. Berikut adalah contoh form pelaporan adverse events:

Tabel 5.1: Kejadian Tidak Diinginkan (KTD)

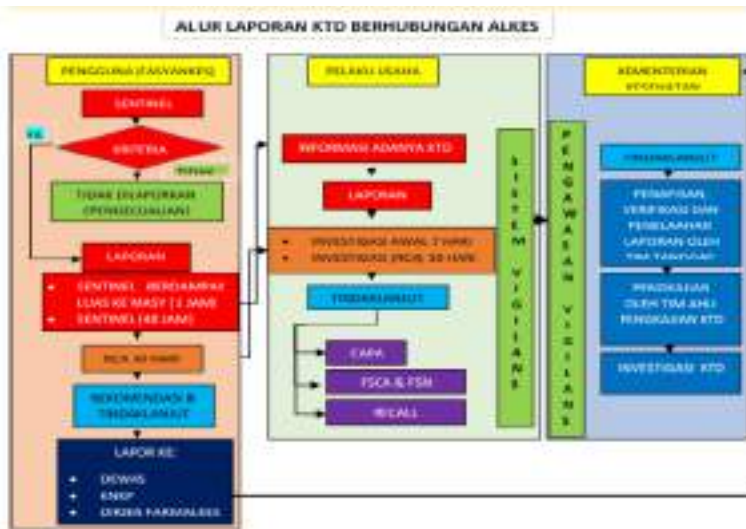
Kejadian Tidak Diinginkan (KTD atau Adverse Events (AE)/Kejadian Tidak Diinginkan Serius (KTDS) atau Serious Adverse Events (SAE)/Pelanggaran Protokol/Laporan Pelanggaran Protokol
Petunjuk: Gunakan formulir ini untuk melaporkan Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) atau Adverse Events (AEs), Kejadian Tidak Diinginkan Serius (KTDS) atau Serious Adverse Events (SAEs), protokol, masalah tak terduga dan perihal ketidakpatuhan.

Bagian 1: Detail Protokol			
ID Kelayakan Etik:		Tanggal Pelaporan :	
Judul:			
KEPK Pemberi Persetujuan:		Lokasi Penelitian:	
Laporan Awal:	<input type="checkbox"/>	Peninjau Lokasi:	
Laporan Lanjutan:	<input type="checkbox"/>	Peneliti Koordinator :	

Bagian 2: Detail Peristiwa	
ID Subyek/Peserta:	
Tanggal kejadian terjadi:	
Deskripsi kejadian:	
Jenis Kejadian: (Tunjukkan sifat dan peristiwa yang sedang dilaporkan)	<input type="checkbox"/> Kematian/fatal <input type="checkbox"/> Penyakit atau cedera yang mengancam jiwa <input type="checkbox"/> Menyebabkan atau memperpanjang rawat inap (tidak untuk kondisi yang sudah ada sebelumnya) <input type="checkbox"/> Menyebabkan cacat atau disabilitas yang signifikan <input type="checkbox"/> Mengakibatkan kalainan bawaan atau cacat lahir <input type="checkbox"/> Lainnya: Mohon cantumkan
Apakah kejadian tersebut tercantum dalam protokol?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Apakah kejadian terkait dengan intervensi produk yang diteliti?	<input type="checkbox"/> Ya Jika ya, harap jelaskan apakah hasil ini dicantumkan dalam protokol brosur peneliti, atau informasi produk penelitian
Dampak terhadap keselamatan peserta/subyek:	<input type="checkbox"/> Tidak
Dampak pada pelaksanaan penelitian:	Tunjukkan apakah kejadian tersebut berdampak pada keselamatan peserta/subyek
Tunjukkan apakah kejadian tersebut telah diprediksi atau tidak terduga	Tunjukkan apakah kejadian berdampak pada pelaksanaan penelitian.
	<input type="checkbox"/> Telah diprediksi <input type="checkbox"/> Tidak terduga

Bagian 3: Ukuran Keamanan	
Jelaskan rencana perbaikan / tidak lanjut untuk peserta/subyek penelitian:	
Jelaskan langkah-langkah yang akan dilakukan untuk mencegah kejadian tersebut terulang kembali:	
Apakah protokol uji klinis membutuhkan revisi?	<input type="checkbox"/> Ya Jika ya, jelaskan sifat dari amandemen yang harus dibuat.
	<input type="checkbox"/> Tidak
Apakah uji coba perlu dihentikan sementara karena alasan keamanan?	<input type="checkbox"/> Ya Jika ya, jelaskan sifat dari amandemen yang harus dibuat.
	<input type="checkbox"/> Tidak
Apakah yang membutuhkan penghentian lebih awal	<input type="checkbox"/> Ya Jika ya, jelaskan sifat dari amandemen yang harus dibuat.
	<input type="checkbox"/> Tidak

Bagian 4: Pernyataan (Tanda Tangan)	
Dengan mengirimkan formulir ini, saya, Peneliti Utama / Koordinator menyatakan bahwa:	
<input type="checkbox"/>	Informasi yang terkandung dalam laporan ini benar dan akurat;
<input type="checkbox"/>	Protokol telah dilakukan sesuai dengan protokol uji klinis yang disetujui oleh KEPK.



Gambar 5.2: Alur laporan KTD Berhubungan Alkes (Kementerian Kesehatan RI, 2020)

Pada bagan di atas, dipaparkan alur pelaporan AEs yang berhubungan dengan alat kesehatan, dengan tujuan melindungi pasien. Keterangan bagan sebagai berikut:

1. Field Safety Corrective Action (FSCA) adalah tindakan yang dilakukan oleh pemilik produk untuk mengurangi risiko kematian atau kerusakan serius pada kondisi kesehatan yang terkait dengan penggunaan alat kesehatan.
2. KTD: kejadian tidak diinginkan (adverse events)
3. SENTINEL, kejadian SENTINEL merupakan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau An Unexpected Occurrence yang mengakibatkan kematian, cedera permanen atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien.
4. RCA: root cause analysis merupakan tool kajian yang digunakan jika ada sebuah insiden kategori resiko ekstre dan risiko di fasilitas kesehatan tingkat pertama
5. KNKP: Komite Nasional Keselamatan Pasien
6. CAPA: Corrective Action and Preventive Action, bertujuan untuk melindungi pasien dan masyarakat dari penggunaan obat yang tidak rasional dalam rangka keselamatan pasien (patient safety).
7. Peringatan/ pemberitahuan keamanan lapangan/ Field Safety Notification (FSN) adalah pemberitahuan yang dikirim oleh pelaku usaha atau perwakilannya kepada pengguna alat untuk tindakan korektif keselamatan lapangan

Adverse events yang dilaporkan oleh perawat atau petugas kesehatan lainnya, perlu memperhatikan tiga kriteria sebagai berikut:

1. Telah terjadi Kejadian Tidak Diinginkan (KTD)
2. Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) berhubungan dengan alat kesehatan yang digunakan.
3. Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) mengakibatkan hal-hal berikut: (1) Ancaman serius yang berdampak masal terhadap kesehatan

masyarakat (Kejadian Sentinel berdampak luas); (2) Kematian pasien, pengguna atau orang lain. (Kejadian Sentinel); (3) Cedera serius/ penurunan kondisi kesehatan yang serius pada pasien, pengguna atau orang lain (Kejadian Sentinel); (4) Kejadian yang dapat mengakibatkan kematian atau cedera serius pada pengguna atau orang lain jika terjadi berulang.

Semua Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) harus dilaporkan oleh pelaku usaha/ pemilik izin edar kepada Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan dengan jangka waktu sebagai berikut:

1. Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) yang menyebabkan ancaman serius bagi kesehatan masyarakat atau memiliki potensi berdampak luas harus dilaporkan dalam waktu paling lambat 48 (empat puluh delapan) jam.
2. Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) yang telah menyebabkan kematian, atau cedera serius pada pasien, pengguna atau orang lain harus dilaporkan dalam waktu paling lambat 10 (sepuluh) hari.
3. Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) yang jika berulang dapat menyebabkan kematian, atau cedera serius pada pasien, pengguna atau orang lain harus dilaporkan dalam waktu paling lambat 30 (tiga puluh) hari.

Bab 6

Pentingnya, Tujuan, Manfaat Dan Etika K3 Dalam Keperawatan

6.1 Pentingnya K3 Dalam Keperawatan

K3 Adalah hal yang sangat penting bagi setiap orang yang bekerja dalam lingkungan perusahaan, terlebih yang bergerak di bidang produksi khususnya, dapat pentingnya memahami arti kesehatan dan keselamatan kerja dalam bekerja kesehariannya untuk kepentingannya sendiri atau memang diminta untuk menjaga hal-hal tersebut untuk meningkatkan kinerja dan mencegah potensi kerugian bagi perusahaan. Namun yang menjadi pertanyaan adalah seberapa penting perusahaan berkewajiban menjalankan prinsip K3 di lingkungan perusahaannya. Patut diketahui pula bahwa ide tentang K3 sudah ada sejak 20 (dua puluh) tahun lalu, namun sampai kini masih ada pekerja dan perusahaan yang belum memahami korelasi K3 dengan peningkatan kinerja perusahaan, bahkan tidak mengetahui aturannya tersebut. Sehingga seringkali mereka melihat peralatan K3 adalah sesuatu yang mahal dan seakan-akan mengganggu proses bekerjanya seorang pekerja. Untuk menjawab itu kita harus

memahami filosofi pengaturan K3 yang telah ditetapkan pemerintah dalam undang-undang.

Kesehatan dan keselamatan kerja (K3) adalah bidang yang terkait dengan kesehatan, keselamatan, dan kesejahteraan manusia yang bekerja di sebuah institusi maupun lokasi proyek. Kesehatan dan keselamatan kerja cukup penting bagi moral, legalitas, dan finansial. Terjadinya kecelakaan kerja tentu saja menjadikan masalah yang besar bagi kelangsungan suatu rumah sakit. Kerugian yang diderita tidak hanya berupa kerugian materi yang cukup besar namun lebih dari itu adalah timbulnya korban jiwa yang tidak sedikit jumlahnya. Pelaksanaan K3 akan mewujudkan perlindungan terhadap tenaga kerja dari risiko kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja yang dapat terjadi pada waktu melakukan pekerjaan di tempat kerja. Dengan dilaksanakannya perlindungan K3, diharapkan akan tercipta tempat kerja yang aman, nyaman, sehat dan tenaga kerja yang produktif, sehingga akan meningkatkan produktivitas kerja. Dengan demikian untuk mewujudkan K3 perlu dilaksanakan dengan perencanaan dan pertimbangan yang tepat, dan salah satu kunci keberhasilannya terletak pada peran serta pekerja sendiri baik sebagai subyek maupun obyek perlindungan dimaksud dengan memperhatikan banyaknya risiko yang diperoleh.

6.2 Tujuan K3 Dalam Keperawatan

Tujuan umum dari K3 adalah menciptakan tenaga kerja yang sehat dan produktif.

1. Tujuan k 3 dapat dirinci sebagai berikut (Rachman, 1990):
 - a. Agar tenaga kerja dan setiap orang berada di tempat kerja selalu dalam keadaan sehat dan selamat.
 - b. Agar sumber-sumber produksi dapat berjalan secara lancar tanpa adanya hambatan.
2. Tujuan Pemerintah membuat aturan K3 dapat dilihat pada Pasal 3 Ayat 1 UU No. 1 Tahun 1970 tentang keselamatan kerja, yaitu:
 - a. Mencegah dan mengurangi kecelakaan;
 - b. Mencegah, mengurangi dan memadamkan kebakaran;
 - c. Memberi kesempatan atau jalan menyelamatkan diri pada waktu kebakaran atau kejadian-kejadian lain yang berbahaya

- d. Memberikan pertolongan pada kecelakaan;
- e. Memberi alat-alat perlindungan diri pada para pekerja;
- f. Mencegah dan mengendalikan timbul atau menyebar-luaskan suhu, kelembaban, debu, kotoran, asap, uap, gas, hembusan angin, cuaca, sinar atau radiasi, suara dan getaran;

Dari tujuan pemerintah tersebut dapat kita ambil kesimpulan bahwa dibuatnya aturan penyelenggaraan K3 pada hakekatnya adalah pembuatan syarat-syarat keselamatan kerja sehingga potensi bahaya kecelakaan kerja tersebut dapat diminimalisir.

6.3 Fungsi K3 Dalam Keperawatan

K3 juga berfungsi untuk melindungi semua sumber produksi agar dapat digunakan secara efektif. Berikut ini adalah fungsi K3 antara lain:

1. Untuk melindungi dan memelihara kesehatan dan keselamatan tenaga kerja sehingga kinerjanya dapat meningkat.
2. Untuk menjaga dan memastikan keselamatan dan kesehatan semua orang yang berada di lingkungan kerja.
3. Untuk memastikan sumber produksi terpelihara dengan baik dan dapat digunakan secara aman dan efisien.
4. Pedoman untuk melakukan identifikasi dan penilaian akan adanya risiko dan bahaya bagi keselamatan dan kesehatan di lingkungan kerja.
5. Membantu memberikan saran dalam perencanaan, proses organisasi, desain tempat kerja, dan pelaksanaan kerja.
6. Sebagai pedoman dalam memantau kesehatan dan keselamatan para pekerja di lingkungan kerja.
7. Memberikan saran mengenai informasi, edukasi, dan pelatihan mengenai kesehatan dan keselamatan kerja.
8. Sebagai pedoman dalam membuat desain pengendalian bahaya, metode, prosedur dan program.
9. Sebagai acuan dalam mengukur keefektifan tindakan pengendalian bahaya dan program pengendalian bahaya

6.4 Manfaat K3 Dalam Keperawatan

Manfaat K3 ini tidak hanya berdampak pada rumah sakit saja , tapi perawat rumah sakit dan pasien serta pengunjung

1. Manfaat bagi Rumah Sakit
 - a. Meningkatkan mutu pelayanan
 - b. Mempertahankan kelangsungan operasional Rumah Sakit
 - c. Meningkatkan citra Rumah Sakit
2. Manfaat bagi Perawat RS
 - a. Melindungi Perawat dari Penyakit Akibat Kerja (PAK)
 - b. Mencegah terjadinya Kecelakaan Akibat Kerja (KAK)
3. Manfaat bagi Pasien dan Pengunjung
 - a. Mutu layanan yang baik
 - b. Kepuasan pasien dan pengunjung

6.5 Etika K3 Dalam Keperawatan

Kode Etik Profesi Kesehatan Dan Keselamatan Kerja (K3) Etika Ahli Kesehatan Kerja merupakan seperangkat perilaku anggota profesi Ahli Kesehatan Kerja dalam hubungannya dengan klien/ pasien, teman sejawat dan masyarakat pekerja serta merupakan bagian dari keseluruhan proses kesehatan kerja ditinjau dari segi norma dan nilai moral. Masalah-masalah kecelakaan, penyakit akibat kerja, keluhan-keluhan tenaga kerja, kehilangan waktu bekerja, banyaknya angka absens menurunnya angka produktifitas tenaga kerja, dan sebagainya, memerlukan perhatian penuh pihak profesi Ahli Kesehatan Kerja, hukum, agama dan masyarakat luas. Etika yang berlaku di masyarakat modern saat ini adalah Etika Terapan (applied ethics) yang biasanya menyangkut suatu profesi, di mana di dalamnya membicarakan tentang pertanyaan-pertanyaan etis dari suatu individu yang terlibat. Sehingga pada masing-masing profesi telah dibentuk suatu tatanan yang dinamakan Kode Etik Profesi. Perilaku ini memang agak sulit menanganinya, kecuali kesadaran sendiri masing-masing Tenaga Kesehatan dalam menerapkan, mengaplikasikan, menghayati, memahami, kode etik profesinya. Karena, etika profesi lebih bersifat moral, maka kesalahan yang terjadi apabila dilakukan oleh tenaga kesehatan kerja, sanksi yang diberikan bersifat moral dan yang paling dirugikan adalah para kliennya (tenaga kerja),

sehingga untuk menangani pelanggaran yang dilakukan oleh para pelaku pelayanan agar tidak terlalu merugikan pengguna pelayanan, dibentuklah suatu Majelis Kode Etik Profesi yang berlandaskan pada Etika dan Hukum yang berlaku.

6.6 Fungsi Kode Etik Profesi K3

Etika tenaga kesehatan kerja yang di dalamnya diikuti adanya kesadaran akan pilihan dari pihak manajemen, pihak tenaga kerja, dan dari masyarakat sekitar perusahaan. Peranan Ahli Kesehatan Kerja pada Etika Kesehatan dan Keselamatan Kerja bisa dikatakan sangat bermakna, mengingat tugas fungsional tenaga kesehatan dalam K3 begitu luas. Bisa dikatakan bahwa fokus utama etika profesi kesehatan kerja adalah semua tindakan yang dilakukan tenaga kesehatan kerja yang lebih mengutamakan pihak yang lebih menderita dalam hal ini adalah (tenaga kerja) dengan penekanan pada pencegahan terjadinya penyakit dan cedera.

6.7 Ruang Lingkup K3 Dalam Keperawatan

Pelayanan kesehatan kerja yang difokuskan pada upaya promotif dan preventif seperti yang tercantum dalam definisi Komisi Gabungan ILO/WHO pada tahun 1950 dan 1995. Hal tersebut terutama ditekankan pada upaya peningkatan atau promosi dan pencegahan penyakit. Pelaksanaan kesehatan kerja di Indonesia bersifat komprehensif yang mencakup upaya promotif dan preventif serta mencakup pula upaya kuratif dan rehabilitatif (objek empiris ilmu kedokteran kerja). Hal tersebut sesuai dengan kewajiban peraturan perundang-undangan di Indonesia (permenakertrans & Koperasi No.Per. 03/Men/1982 tentang Pelayanan

Kesehatan Kerja dan UU No. 13 tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan). Pelayanan kesehatan kerja yang komprehensif juga tercantum dalam Basic Occupational Health Services yang diusulkan oleh ICOH tahun 2005. Ruang lingkup atau fungsi pokok pelayanan kesehatan kerja yang komprehensif

meliputi enam area promotif dan preventif ditambah satu area kuratif dan rehabilitatif.

1. Pertama, penempatan pekerja pada pekerjaan atau jabatan yang sesuai dengan kapasitas kerja dan status kesehatannya, merupakan upaya preventif. Kesesuaian tersebut adalah keserasian antara status kesehatan, kapasitas dan kapabilitas pekerja secara fisik, mental dan sosial, dengan tuntutan kondisi kerja yang bersumber dari lingkungan, pekerjaan, pengorganisasian pekerjaan dan budaya kerja. Pemeriksaan kesehatan dilakukan sebelum penempatan (*pre-placement test*), untuk pekerja baru dan pekerja lama yang akan dipindah tugaskan. Untuk itu, perlu deskripsi tuntutan tugas (*task demand*) meliputi data kondisi lingkungan hygiene industri, kondisi ergonomi pekerjaan dan kondisi faktor stres kerja yang bersumber dari pengorganisasian pekerjaan dan budaya kerja
2. Kedua adalah promosi kesehatan di tempat kerja/PKDTK (*workplace health promotion*) untuk meningkatkan derajat kesehatan dan kapasitas kerja serta pencegahan penyakit, merupakan upaya promotif dan preventif. PKDTK bertujuan untuk mengendalikan faktor risiko yang bersumber dari perilaku, misalnya pola makan, pola tidur dan istirahat, aktivitas fisik, berat badan, konsumsi rokok, alkohol atau narkoba, untuk mencegah penyakit degeneratif terutama penyakit jantung koroner, stroke dan hipertensi. PKDTK adalah ilmu dan seni yang membantu pekerja dan manajemen mengubah perilaku hidup dan perilaku bekerja untuk mencapai kapasitas kerja dan tingkat kesehatan yang optimal, sehingga meningkatkan kinerja. Produktivitas dan kapasitas kerja. Di lapangan, PKDTK diaplikasikan sebagai program yang dirancang melalui proses peningkatan pengetahuan, sikap, perilaku dan keterampilan (*pendidikan*), dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat di tempat kerja. Hal tersebut sesuai dengan kondisi dan potensi tempat kerja, dengan pendekatan pendidikan, organisasi, masyarakat lingkungan dan keluarganya, sehingga mampu mengendalikan kesehatan pekerja.

3. Ketiga adalah perbaikan lingkungan kerja, merupakan upaya preventif. Perbaikan dilakukan dengan mengendalikan berbagai faktor risiko kontaminan fisik, kimia, dan biologi. Faktor risiko fisik meliputi panas, bising, getaran dan radiasi. Faktor risiko kimia antara lain meliputi merkuri, timah hitam, benzene, kloroform, organofosfat dan parakuat. Faktor risiko biologi antara lain meliputi virus HIV/AIDS, leptospirosis dan hepatitis B. Berbagai faktor risiko yang bersumber dari lingkungan kerja tersebut dikendalikan agar tidak melebihi nilai ambang batas yang diperkenankan. Upaya yang kompleks ini telah berkembang menjadi Ilmu Higiene Industri (Industrial Hygiene).
4. Keempat adalah perbaikan ergonomi, merupakan upaya preventif. Perbaikan dilakukan dengan menyesuaikan tuntutan tugas dengan kemampuan fisik dan mental pekerja serta mengendalikan faktor risiko ergonomi yang bersumber dari pekerjaan. Sebagai contoh, desain mesin, desain workstation, posisi duduk, alat bantu tangan, beban angkat angkut diupayakan agar pekerja terhindar dari postur janggal yang dapat menimbulkan gangguan muskuloskeletal (trauma kumulatif). Upaya yang kompleks ini juga telah berkembang menjadi Ilmu Ergonomi (Ergonomy).
5. Kelima adalah pengembangan pengorganisasian pekerjaan dan budaya kerja merupakan upaya preventif. Pengembangan dilakukan dengan memperbaiki kondisi faktor risiko stres psikososial yang bersumber dari pengorganisasian pekerjaan dan budaya kerja (Work Organization and Work Culture). Sebagai contoh desentralisasi dalam perencanaan tugas, penerapan konsep tugas penuh, otonomi tugas yang masih terintegrasi dengan tujuan organisasi yang lebih tinggi tingkatannya, perbaikan beban kerja, status kepegawaian, sistem pengupahan, gaya manajemen, komunikasi antar pekerja maupun antara pekerja dan pimpinan.
6. Keenam adalah surveilans kesehatan pekerja, merupakan upaya preventif. Surveilans kesehatan kerja meliputi:

- a. Mengumpulkan data faktor risiko kesehatan di tempat kerja yang bersumber dari lingkungan kerja, pekerjaan, pengorganisasian pekerjaan dan budaya kerja;
- b. data kesehatan (dari hasil pemeriksaan kesehatan sebelum kerja, berkala dan khusus serta data kunjungan pengobatan/ perawatan) dan kemangkiran pekerja.
- c. Melakukan analisis dan interpretasi data berdasarkan kaidah epidemiologi untuk melihat frekuensi, distribusi dan trend perkembangan faktor risiko dan gangguan kesehatan, menilai hubungan faktor risiko dan gangguan kesehatan pekerja.
- d. Komunikasi data dan hasil analisis untuk digunakan dalam rencana perbaikan.

Pencatatan dan pelaporan upaya pelayanan kesehatan kerja dan kasus (KAK/PAK), dilaporkan kepada manajemen, serikat pekerja dan Dinas Kesehatan, Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi. KAK/PAK secara individu hanya dilaporkan dengan cara yang menjunjung tinggi kode etik untuk kepentingan kompensasi. Dokumentasi termasuk rekam medik dijaga kerahasiaannya dan dipertahankan minima 30 tahun, bahkan ada yang menganjurkan dipertahankan seumur hidup.

7. Terakhir adalah pelayanan klinik merupakan upaya kuratif dan rehabilitatif.

Pelayanan klinik mencakup diagnosis, terapi, rehabilitasi dan bila diperlukan perhitungan cacat serta rujukan bagi pekerja yang sakit/cedera, serta pelayanan P3K (cedera/penyakit akut), bahkan Medical Emergency Plan yang merupakan upaya preventif. Tugas yang dilakukan oleh seorang perawat dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan kerja antara lain berupa tugas administrasi dan pelaporan, tugas pemeliharaan dan perawatan kesehatan serta tugas penyuluhan/ pelatihan/ pendidikan kesehatan, keselamatan kerja yang diberikan kepada seluruh tenaga kerja. Perawat memberikan keterangan tentang pelaksanaan pelayanan kesehatan kerja kepada pegawai pengawas keselamatan dan kesehatan kerja bila diperlukan. Disamping itu perawat perlu mengetahui arah dan tujuan perusahaan secara umum,

merencanakan dan menerapkan program beserta evaluasinya, dan dapat mengembangkan kemampuan manajerialnya, selaras dengan pengetahuan kedokteran yang telah dimilikinya.

Dengan demikian, perawat yang memimpin suatu unit pelayanan kesehatan kerja harus mampu menjalin kerja sama dengan pihak pengurus perusahaan, tenaga kerja, dinas atau instansi terkait dan tetap berpedoman pada etika profesinya. Peranan perawat pada program Kesehatan dan Keselamatan Kerja bisa dikatakan sangat bermakna, mengingat tugas fungsional perawat dalam K3 begitu luas. Bisa dikatakan bahwa fokus utama perawatan kesehatan kerja adalah kesehatan dan keselamatan kerja bagi tenaga kerja dengan penekanan pada pencegahan terjadinya penyakit dan cedera. Hal ini senada dengan tujuan K3.

Fungsi dan Tugas Perawat dalam Keselamatan dan Kesehatan Kerja (Nasrul Effendi, 1998)

Fungsi Perawat antara lain:

1. Mengkaji masalah kesehatan
2. Menyusun rencana asuhan keperawatan pekerja
3. Melaksanakan pelayanan kesehatan dan keperawatan terhadap pekerja
4. Melakukan penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah dilakukan
Tugas Perawat: Mengawasi lingkungan pekerja
5. Memelihara fasilitas kesehatan rumah sakit
6. Membantu dokter dalam pemeriksaan kesehatan pekerja
7. Membantu melakukan penilaian terhadap keadaan kesehatan pekerja
8. Merencanakan dan melaksanakan kunjungan rumah dan perawat di rumah kepada pekerja dan keluarga pekerja yang mempunyai masalah kesehatan
9. Ikut berperan dalam penyelenggaraan pendidikan keselamatan dan kesehatan kerja (k3) terhadap pekerja
10. Ikut berperan dalam usaha keselamatan kerja
11. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai KB terhadap pekerja dan keluarganya

12. Membantu usaha penyelidikan kesehatan pekerja
13. Mengkoordinasi dan mengawasi pelaksanaan keselamatan dan kesehatan kerja (K3)

Menurut American Association of Occupational Health Nurses, ruang lingkup pekerjaan perawat hiperkes meliputi:

1. Health promotion / Protection
Meningkatkan derajat kesehatan, kesadaran dan pengetahuan tenaga kerja akan paparan zat toksik di lingkungan kerja. Merubah faktor life style dan perilaku yang berhubungan dengan risiko bahaya kesehatan.
2. Worker Health / Hazard Assessment and Surveillance
Mengidentifikasi masalah kesehatan tenaga kerja dan menilai jenis pekerjaannya.
3. Workplace Surveillance and Hazard Detection
Mengidentifikasi potensi bahaya yang mengancam kesehatan dan keselamatan tenaga kerja. Bekerjasama dengan tenaga profesional lain dalam penilaian dan pengawasan terhadap bahaya.
4. Primary Care
Merupakan pelayanan kesehatan langsung terhadap penyakit dan kecelakaan pada tenaga kerja, termasuk diagnosis keperawatan, pengobatan, rujukan dan perawatan emergensi.
5. Counseling
Membantu tenaga kerja dalam memahami permasalahan kesehatannya dan membantu untuk mengatasi dan keluar dari situasi krisis
Management and Administration
Pelayanan kesehatan dengan tanggung-jawab pada program perencanaan dan pengembangan, program pembiayaan dan manajemen.
6. Research
Mengetahui pelayanan yang berhubungan dengan masalah kesehatan, mengenali faktor - faktor yang berperan untuk mengadakan perbaikan.

7. Legal-Ethical Monitoring

Paramedis hiperkes harus sepenuhnya memahami ruang lingkup pelayanan kesehatan pada tenaga kerja sesuai perundang-undangan, mampu menjaga kerahasiaan dokumen kesehatan tenaga kerja.

8. Community Organization

Mengembangkan jaringan untuk meningkatkan pelayanan kepada tenaga kerja. Perawat hiperkes yang bertanggung-jawab dalam memberikan perawatan tenaga kerja haruslah mendapatkan petunjuk-petunjuk dari dokter perusahaan atau dokter yang ditunjuk oleh perusahaan.

Terdapat beberapa aspek yang menjadi ruang lingkup K3 yang harus diperhatikan oleh suatu instansi dalam pelaksanaan K3, yaitu:

1. Lingkungan Kerja

Ini adalah lokasi di mana para pekerja melakukan aktivitas bekerja. Kondisi lingkungan kerja harus memadai (suhu, ventilasi, penerangan, situasi) untuk meminimalisir potensi terjadinya kecelakaan atau penyakit.

2. Alat Kerja dan Bahan

Ini adalah semua alat kerja dan bahan yang dibutuhkan suatu instansi untuk memberikan pelayanan. Alat-alat kerja dan bahan merupakan penentu dalam proses produksi, tentunya kelengkapan dan kondisi alat kerja dan bahan harus diperhatikan.

3. Metode Kerja

Ini merupakan standar cara kerja yang harus dilakukan oleh pekerja agar tujuan pekerjaan tersebut tercapai secara efektif dan efisien, serta keselamatan dan kesehatan kerja terjaga dengan baik. Misalnya, pengetahuan tentang cara mengoperasikan mesin dan juga alat pelindung diri yang sesuai standar, serta menjalankan SOP dalam suatu pelayanan kesehatan dengan tepat dan efektif Ruang lingkup hiperkes (kesehatan kerja) dapat dijelaskan sebagai berikut (Rachman, 1990):

Bab 7

Ruang Lingkup K3 dalam Keperawatan

7.1 Pendahuluan

Keselamatan dan kesehatan kerja (K3) merupakan salah satu isu penting di dunia kerja saat ini termasuk di lingkungan rumah sakit. Angka kecelakaan kerja di rumah sakit lebih tinggi dibandingkan tempat kerja lainnya dan sebagian besar diakibatkan oleh perilaku yang tidak aman. Kecelakaan kerja menjadi masalah yang penting di lingkungan rumah sakit. Hal ini diakibatkan karena rumah sakit merupakan suatu unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan pada semua bidang dan jenis penyakit (Sundstrup et al., 2020).

Rumah sakit dituntut untuk dapat menyediakan serta menerapkan upaya agar semua sumber daya manusia yang bekerja di rumah sakit dapat terlindungi, baik dari penyakit maupun kecelakaan akibat kerja dan penyakit akibat kerja. Pemerintah melakukan berbagai upaya untuk mengatasi permasalahan tersebut, karena rumah sakit merupakan suatu unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan pada semua bidang dan jenis penyakit (Teixeira et al., 2019).

Di rumah sakit baik pasien, pengunjung, petugas medis dan non medis berisiko terhadap kecelakaan dan penyakit akibat pekerjaan yang dilakukannya. Perawat

adalah tenaga kesehatan dengan jumlah paling besar dan paling lama melakukan kontak dengan pasien, sehingga sangat berisiko dengan pekerjaannya, namun banyak perawat tidak menyadari terhadap risiko yang mengancam dirinya. Data World Health Organization (WHO, 2004) dari 35 juta pekerja kesehatan bahwa 3 juta terpajan patogen darah, 2 juta terpajan virus HBV, 0.9 juta terpajan virus HBC dan 170.000 terpajan virus HIV/AIDS (Teixeira et al., 2019).

Keselamatan dan kesehatan kerja (K3) merupakan suatu upaya perlindungan kepada tenaga kerja dan orang lain yang memasuki tempat kerja terhadap bahaya dari akibat kecelakaan kerja. Tujuan keselamatan dan kesehatan kerja (K3) adalah mencegah, mengurangi, bahkan meminimalkan risiko penyakit akibat kerja (PAK) dan kecelakaan akibat kerja (KAK) serta meningkatkan derajat kesehatan para pekerja sehingga produktivitas kerja meningkat (Sundstrup et al., 2020).

7.2 Definisi

Keselamatan dan kesehatan kerja adalah upaya untuk memberikan jaminan keselamatan dan meningkatkan derajat kesehatan para pekerja/buruh dengan cara pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja, pengendalian bahaya di tempat kerja, promosi kesehatan, pengobatan dan rehabilitasi (Swuste et al., 2020).

Potensi bahaya di rumah sakit, selain penyakit infeksi juga ada potensi bahaya lain yang akan memengaruhi situasi dan kondisi di rumah sakit, seperti: kecelakaan, ledakan, kebakaran, radiasi, bahan kimia yang berbahaya, gas anastesi, gangguan psikologis, ergonomik. Semua potensi bahaya tersebut di atas jelas mengancam jiwa dan kehidupan bagi: pasien, keluarga pasien, pengunjung, karyawan RS (Tikkanen and Pesola, 2019).

Standar Joint Commission International (JCI) memiliki 2 (dua) bagian yang terdiri dari 12 bab yang mencakup lebih dari 300 standar dan 1000 elemen penilaian. Bagian pertama adalah standar yang berfokus pada pasien yang meliputi: *International patient safety Goals (IPSG)*, *Acces to care and contunity of care (ACC)*, *Patient and family right (PFR)*, *Assessment of Patient (AOP)*, *Anesthesia and surgical care (ASC)*, *Medication management and use (MMU)*, *Patient and family education (PFE)* (Barghouthi and Imam, 2018).

7.3 Landasan Hukum

Dalam UU No 23 Tahun 2003 tentang Kesehatan pasal 23 dinyatakan bahwa upaya keselamatan dan kesehatan kerja harus diselenggarakan di semua tempat kerja, khususnya tempat kerja yang memiliki risiko bahaya kesehatan, mudah terjangkit penyakit atau mempunyai karyawan paling sedikit 10 orang.

Jika memperhatikan isi dari pasal tersebut, maka jelas rumah sakit termasuk dalam kriteria tempat kerja dengan berbagai ancaman bahaya yang dapat menimbulkan dampak kesehatan pada pasien, keluarga, pengunjung, karyawan (dokter, perawat, laboran, analias, nutrisison, petugas radiologi dsb). Sehingga sudah seharusnya pihak pengelola RS menerapkan upaya-upaya K3 di RS

Selain undang-undang tersebut di atas mengacu pada:

1. UU No 1/1970 tentang Keselamatan Kerja
2. UU No 23/1992 tentang Kesehatan
3. UU No 3/1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja
4. UU No 13/2003 tentang Ketenagakerjaan
5. PP No. 5 Tahun 2012 penerapan sistem manajemen keselamatan dan Kesehatan kerja (SMK3)
6. Permenkes RI No. 986/92 tentang kesehatan lingkungan RS.
7. Permenkes RI No. 472 tahun 1996 tentang pengamanan bahan berbahaya bagi Kesehatan.
8. SK Menkes. No 351 tahun 2003 tentang komite K3 sektor Kesehatan.
9. Permenaker No. 05/Men/1996 tentang sistem manajemen keselamatan dan Kesehatan kerja.
10. Keputusan Dirjen P2PLP nomor 1204 tahun 2004 tentang persyaratan Kesehatan lingkungan RS.
11. Pedoman K3 di rumah sakit tahun 2006 (BinKesja Depkes).
12. Pedoman teknis pengelolaan limbah klinis dan desinfeksi dan sterilisasi RS tahun 2002

7.4 Identifikasi Bahaya di Tempat Kerja

7.4.1 Hazard Fisik

Bahaya (Hazard) secara umum adalah suatu kondisi atau tindakan atau potensi yang dapat menimbulkan kerugian terhadap manusia, harta benda, proses, maupun lingkungan. Jenis hazard terbagi seperti di bawah ini: Hazard Fisik atau potensi bahaya fisik adalah faktor di dalam tempat kerja yang bersifat fisika. Setiap benda atau proses yang secara langsung atau perlahan bisa mencederai fisik seseorang, potensi bahaya fisik diantaranya adalah: kebisingan, pencahayaan, getaran, iklim kerja, gelombang mikro dan sinar ultra ungu.

Faktor-faktor ini mungkin bagian tertentu yang dihasilkan dari proses produksi atau produk samping yang tidak diinginkan (ILO, 2013). Potensi bahaya fisika yang teridentifikasi yaitu pencahayaan, dapat terjadi risiko bahaya kelelahan mata, dan efisiensi kerja menurun. Peraturan Kepmenkes RI No 1204/MENKES/SK/X/2004 tentang persyaratan kesehatan lingkungan rumah sakit, pencahayaan ruang pasien 100-200 lux dengan warna cahaya sedang.

Radiasi adalah gelombang atau partikel berenergi tinggi yang berasal dari sumber alami atau sumber yang sengaja dibuat oleh manusia. Cedera jaringan bisa terjadi akibat paparan singkat radiasi tingkat tinggi atau pemaparan jangka panjang radiasi tingkat rendah. Efek yang merugikan dari radiasi hanya berlangsung singkat, sedangkan efek lainnya bisa menyebabkan penyakit menahun. Efek dini dari radiasi dosis tinggi akan tampak jelas dalam waktu beberapa menit atau beberapa hari. Efek lanjut mungkin baru tampak beberapa minggu, bulan atau bahkan bertahun-tahun kemudian. Mutasi (pergeseran) bahan genetik dari sel-sel organ kelamin akan tampak jelas, di mana anaknya mungkin terlahir dengan kelainan genetik (Rabinskiy, Tushavina and Starovoitov, 2020).

Hal ini sesuai dengan UU No. 1 Tahun 1970 tentang keselamatan kerja pada pasal 13, yaitu kewajiban bila memasuki tempat kerja dan Kepmenaker. 333/MEN/1989 tentang diagnosis dan pelaporan penyakit akibat kerja dan Kepmenaker. 187/MEN/1999 tentang pengendalian bahan kimia berbahaya di tempat kerja. Serta PP No.74/2001 tentang pengelolaan bahan berbahaya dan beracun. serta di lakukan sosialisai penanganan bahan kimia dan pelatihan penggunaan APD yang benar.

Tabel 7.1: Identifikasi hazard fisik (Rabinskiy, Tushavina and Starovoitov, 2020).

No	Bahaya Potensial	Lokasi	Pekerja yang paling berisiko
FISIK			
1	Bising	IPS-RS, Laundry, dapur, CSSD, Gedung genset-boiler, IPAL	Karyawan yang bekerja di lokasi tersebut
2	Getaran	Ruang mesin-mesin dan peralatan yang menghasilkan getaran (ruang gigi)	Perawat, cleaning service, dll
3	Debu	Genset, bengkel kerja, laboratoroum gigi, Gudang, rekam medis, incinerator	Petugas sanitasi, teknisi gigi, petugas IPS, dan rekam medis
4	Panas	CSSD, Laundry, dapur, boiler, incinerator	Pekerja laundry, pekerja dapur, petugas sanitasi dan IP-RS
5	Radiasi (mengion dan pengion)	X-Ray, OK yang menggunakan c-arm, Radiologi, Rg CT Scan, MRI, Petugas fisiotherapi, ruang gigi	Ahli radiologi, radiotherapist, radiographer, ahli fisiotherapi, ahli gigi

7.4.2 Hazard Kimia

Hasil studi terkait dengan hazard kimia menyatakan dari 53 perawat yang diteliti 100% terpapar antibiotik dan benzene, 99,1% iodin, 88,7% bedak lateks, 86,7% antineoplastik, 79,2% glutaraldehid dan 75,5% etilen oksida; paparan tersebut menyebabkan gangguan kesehatan seperti keluarnya air mata, reaksi alergi, mual dan muntah. Paparan zat kimia dan obat-obatan berbahaya dapat mengakibatkan masalah kesehatan mencakup gangguan kromosom, efek mutagenik, infertilitas, aborsi, gangguan menstruasi dan gejala langsung seperti pusing, sakit kepala, mual, gangguan mukosa dan reaksi alergi. Manifestasi klinis lainnya meliputi iritasi mata, mukosa dan kulit, rambut rontol dan penurunan daya tahan tubuh, peningkatan resistansi obat, faringitis, herpes bahkan kanker (Che Huei et al., 2020).

Tabel 7.2: Identifikasi hazard kimia (Liu et al., 2019).

No	Bahaya Potensi	Lokasi	Pekerja yang paling berisiko
KIMIA			
1	Desinfektan	Semua area	Petugas kebersihan, perawat
2	Cytotoxic	Farmasi, tempat pembuangan limbah, bangsal	Pekerja farmasi, perawat, petugas pengumpul sampah
3	Ethylene oxide	Kamar operasi	Dokter, perawat
4	Formaldehyde	Laboratorium, kamar jenazah, Gudang farmasi	Petugas kamar mamayat, petugas lab dan farmasi
5	Methyl: Methacrylate, Hg (amalgam)	Ruang pemeriksaan gigi	Petugas/dokter gigi, dokter bedah, perawat
6	Solvent	Lab, bengkel kerja, semua area RS	Teknisi, petugas lab, petugas pembersih
7	Gas-gas anastesi	Ruang operasi gigi, OK, ruang pemulihan (RR)	Dokter gigi, dokter, perawat, dokter bedah, ahli anastesi

7.4.3 Hazard Biologi

Hazard biologi bersumber dari mikroorganisme yang dapat menimbulkan suatu penyakit. Hasil studi hazard kimia memaparkan beberapa penyakit seperti: Hiv aids, HBV, dan HCV merupakan ancaman bahaya biologik terbesar pada tenaga kesehatan (CDC, 1998; CDC, 2001). 1000 petugas kesehatan diperkirakan mengalami infeksi serius setiap tahun akibat cedera jarum suntik dan benda tajam (Mossburg et al., 2019).

Lebih dari 20 infeksi yang dapat ditularkan melalui jarum suntik mencakup sifilis, malaria, dan herpes. Akan tetapi, pajanan ini seringkali dianggap biasa dan merupakan risiko dari pekerjaan (Centers for Disease Control and Prevention/ CDC, 1998). Perawat yang mengalami cedera tertusuk jarum perkutaneus antara 600.000 sampai 800.000 setiap tahunnya di seluruh fasilitas kesehatan, dengan cedera akibat prosedur menyuntik (21%), menjahit (17%) dan mengambil darah (16%) sebagai tiga pajanan tertinggi.

Selama 2003, CDC menerima 34 laporan TBC, merupakan angka yang tinggi pada petugas kesehatan (Department of Health and Human Services, 2004), seorang petugas kesehatan meninggal akibat TBC (Bianchi et al., 2020).

Tabel 7.3: Identifikasi hazard biologi (Njage, Leekitcharoenphon and Hald, 2019).

No	Bahaya Potensi	Lokasi	Pekerja yang paling berisiko
BIOLOGIK			
1	Aids, Hepatitis	IGD, Ruang perawatan, kamar operasi, ruang gigi, Laboratorium, laundry,	Dokter, perawat, ahli anestesi, petugas laboratoriu, pekerja sanitasi, pekerja laundry
2	Cytomegalovirus	Ruang kebidanan, ruang anak	Perawat, dokter, bidan Obgyn
3	Rubella	Ruang Ibu dan anak	Dokter, perawat, bidan, pekerja yang ada di ruang perawatan ibu dan anak
4	Tuberculosis	Bangsas, ruang isolasi, Laboratorium	Dokter, perawat, ahli anestesi, petugas laboratorium, petugas cleaning service

7.4.4 Hazard Ergonomi

International Labour Organization (ILO) tahun 1999 menyajikan data bahwa gangguan muskuloskeletal menempati posisi terbanyak mengeluarkan biaya untuk penyakit akibat kerja. Kegiatan yang berhubungan dengan faktor risiko ergonomik bukanlah hal yang langka di fasilitas kesehatan. Pekerjaan perawat dan pekerja kesehatan lainnya seperti kegiatan memindahkan, mengangkat, memandikan, membersihkan pasien, mendorong, tindakan invasif (memasang infus dll) (Liu, Cheng and Ho, 2020).

Dampak masalah hazard Ergonomi dapat menimbulkan Low Back Pain (Nyeri pinggang), *Hernia Nucleus Pulposus* (HNP), Carpal Tunnel Syndrome, Nyeri bahu/leher/pinggang (muskuloskeletal disordered/MSDS), Hasil studi Perawat yang mengalami cedera pada bagian punggung sebanyak 38%, dan 98% cedera punggung perawat akibat tindakan mengangkat dan memindahkan pasien secara manual. Prevalensi perawat mengalami LBP 40-50% per tahun dan 35-80% sepanjang hidup dengan klaim kesehatan yang tertinggi. Lebih dari sepertiga perawat pernah mengalami cedera punggung yang cukup parah yang menyebabkan perawat harus meninggalkan pekerjaan (Mehrparvar et al., 2014).

Tabel 7.4: Identifikasi hazard ergonomi (Lowe, Dempsey and Jones, 2019).

No	Bahaya Potensi	Lokasi	Pekerja yang paling berisiko
1	Pekerjaan yang dilakukan secara manual	Area pasien dan tempat penyimpanan (Gudang)	Petugas yang menangani pasien dan barang
2	Postur salah dalam melakukan pekerjaan	Semua area	Semua karyawan
3	Pekerjaan yang berulang (<i>repetitive</i>)	Semua area	Dokter gigi, petugas pembersih, fisioterapist, sopir, operator computer, yang berhubungan dengan pekerjaan juru tulis

7.4.5 Hazard Psikologi

Bahaya (Hazard) adalah suatu kondisi atau tindakan atau potensi yang dapat menimbulkan kerugian terhadap manusia, harta benda, proses, maupun lingkungan. Hasil yang dapat diperoleh yaitu, keselamatan dan kesehatan kerja yang berkaitan dengan upaya pencegahan dan pengendalian bahaya psikologik. Hasil studi memaparkan seorang perawat dapat mengalami bahaya psikososial akibat dari kekerasan, intimidasi, konflik, pelecehan dan ejekan (*bullying*) antara staf (rekan kerja, atasan dll) maupun dari pasien dan pengunjung rumah sakit. Bahaya psikososial lainnya yang dapat dialami perawat adalah stress. Kejenuhan pada perawat serta tuntutan kerja yang tinggi dan tidak seimbang dapat menimbulkan rasa tertekan sehingga menyebabkan stress.

Perawat yang bekerja di rumah sakit jiwa, UGD, unit pediatrik, unit medikal bedah, dan fasilitas perawatan adalah yang paling rentan mengalami kekerasan (Teo, Bentley and Nguyen, 2020).

Tabel 7.5: Identifikasi hazard psikologi (Chirico et al., 2019).

No	Bahaya Potensi	Dampak	Upaya penanggulangan Hazards Psikologis
1	Kepuasan kerja rendah, Masalah dengan atasan/teman/bawahan, Masalah dengan pasien & keluarga, Masalah di rumah, Lembur (<i>overtime</i>), Shift kerja/kurang istirahat, kemampuan kurang.	Cemas, gelisah, gangguan kepribadian, panik, marah, ketergantungan alcohol atau obat-obatan terlarang, muncul sifat permusuhan	Kompetisi, kompromi, Manajemen konflik
2	Kinerja yang menurun	Cemas, gelisah, gang kepribadian, panik,	Manajemen stress, rekreasi, studi lanjut, promos, cuti

		marah, ketergantungan alcohol atau obat- obatan terlarang, muncul sifat permusuhan	
3	Semangat dan energy menjadi berkurang bahkan hilang	Cemas, gelisah, gang kepribadian, panik, marah, ketergantungan alcohol atau obat- obatan terlarang, muncul sifat permusuhan	Manajemen stress, rekreasi, studi lanjut, promos, cuti
4	Komunikasi tidak lancar	Cemas, gelisah, gang kepribadian, panik, marah, ketergantungan alcohol atau obat- obatan terlarang, muncul sifat permusuhan	Memecahkan masalah/kolaborasi Manajemen stress, rekreasi, studi lanjut, promos, cuti
5	Pengambilan keputusan buruk	Cemas, gelisah, gang kepribadian, panik, marah, ketergantungan alcohol atau obat- obatan terlarang, muncul sifat permusuhan	Memecahkan masalah/kolaborasi Menghindar, Komproni/negosiasi
6	Kreativitas dan inovasi berkurang	Cemas, gelisah, gang kepribadian, panik, marah, ketergantungan alcohol atau obat- obatan terlarang, muncul sifat permusuhan	Studi lanjut, cuti, rekreasi, iptakan lingkungan kerja yang konduusif, Memecahkan masalah/kolaborasi
7	Pendekatan individu dan organisasi	Cemas, gelisah, gang kepribadian, panik, marah, ketergantungan alcohol atau obat- obatan terlarang, muncul sifat permusuhan	Manajemen stress Perubahan perilaku individu, sosial

Bahaya potensial kelompok psikologis pada pekerja di fasilitas kesehatan terkait dengan pekerjaan yang berhadapan dengan manusia sebagai makhluk hidup, yang sering berpacu dengan waktu (Liu, Cheng and Ho, 2020).

7.5 Pengendalian Infeksi

Infeksi nosokomial merupakan infeksi yang terjadi di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan setelah dirawat 2x24 jam. Sebelum dirawat, pasien tidak memiliki gejala tersebut dan tidak dalam masa inkubasi. Infeksi nosokomial bukan merupakan dampak dari infeksi penyakit yang telah dideritanya. Pasien, petugas kesehatan, pengunjung dan penunggu pasien merupakan kelompok yang paling berisiko terjadi infeksi nosokomial, karena infeksi ini dapat menular dari pasien ke petugas kesehatan dari pasien ke pengunjung atau keluarga ataupun dari petugas ke pasien (Ki et al., 2019).

Jenis Pengendalian Infeksi

Pembentukan pengendalian penyakit infeksi nosokomial dengan menggunakan standar kewaspadaan terhadap infeksi yaitu dengan cara: Mencuci tangan, penggunaan alat pelindung diri, sterilisasi dan desinfeksi, isolasi, pengaturan gedung, pembersihan lingkungan, instrument tajam, penempatan pasien, resusitasi pasien (Ki et al., 2019).

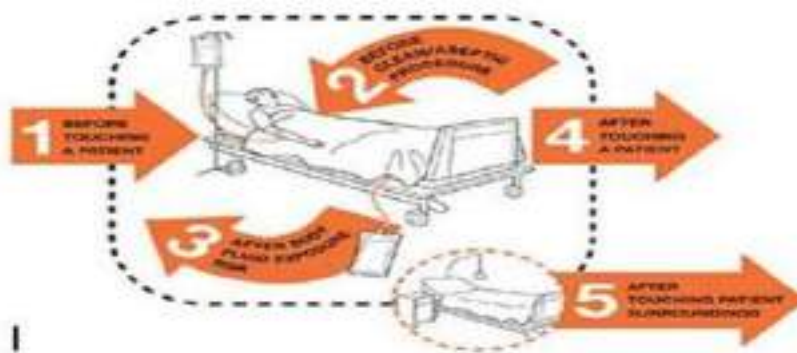
Universal precaution yang direkomendasikan oleh Center for diseases control and prevention Amerika Serikat: Mengenakan sarung tangan dan gaun bila akan kontak dengan darah ataupun cairan tubuh mengenakan masker dan pelindung mata bila ada risiko untuk terciprat darah ataupun cairan tubuh mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien, dan setelah melepaskan sarung tangan, menggunakan mouthpiece sekali pakai bila hendak melakukan CPR (mouth to mouth), Membuang jarum dan benda tajam lainnya yang sudah dipakai pada safety box atau container khusus, membersihkan cipratan darah dan cairan tubuh dengan cara: mengeringkan dengan handuk sekali pakai, membersihkan dengan air dan sabun, desinfeksi dengan larutan pemutih: air (1:10).

7.6 Kewaspadaan Standar

7.6.1 Mencuci tangan

Hand hygiene adalah istilah yang digunakan untuk mencuci tangan. Pada tahun (2009), world health organization (WHO) mencetuskan global patientsafety challenge dengan clean care issafe care, yaitu merumuskan inovasi strategi penerapan hand hygiene, yaitu untuk petugas kesehatan dengan my five moment for hygiene, yaitu melakukan cuci tangan sebelum bersentuhan dengan pasien, sebelum melakukan prosedur bersih dan steril, setelah bersentuhan dengan cairan tubuh pasien, setelah bersentuhan atau kontak dengan pasien, setelah bersentuhan dengan lingkungan sekitar pasien (Demirel, 2019).

The five moment for hand gygiene



Gambar 7.1: Hand hygiene

7.6.2 Pengertian APD

Alat pelindung diri (APD) adalah perangkat alat yang dirancang sebagai penghalang terhadap penetrasi zat, partikel padat, cair, atau udara untuk melindungi pemakai dari cedera atau penyebaran penyakit.

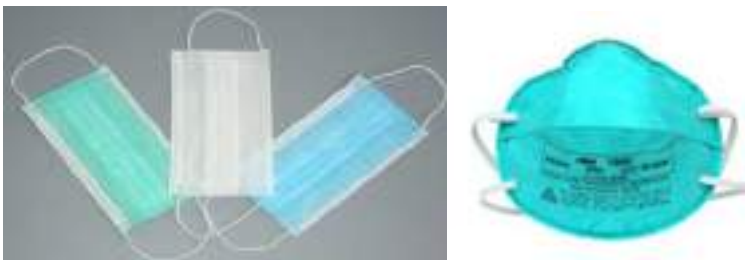
7.6.3 Jenis APD

1. Masker bedah (medical/ surgical mask).

Masker bedah memiliki kegunaan untuk melindungi dari partikel yang dibawa melalui udara (airborne particle), droplet, cairan, virus atau bakteri. Material yang digunakan adalah non woven spunbond meltblown spunbond (sms) dan spunbond meltblown spunbond (smms). Masker bedah terdiri atas 3 lapisan material dari bahan non-woven (tidak dijahit), loose - fitting dan sekali pakai. Masker bedah memiliki efisiensi penyaringan bakteri sebesar 98%, dan memiliki differential pressure/ $\Delta P < 5.0 \text{ mmH}_2\text{O}/\text{cm}^2$ sehingga pengguna masih dapat bernapas dengan baik.

2. Masker N95 (respirator N95)

Masker N95 berfungsi untuk melindungi pengguna atau tenaga kesehatan dengan cara menyaring atau menahan cairan, darah, aerosol (partikel padat di udara), bakteri atau virus. Masker terbuat dari 4-5 lapisan yang berasal dari polypropylene pada lapisan luar, dan charged polypropylene pada lapisan tengah. Alat pelindung pernapasan yang dirancang dengan segel ketat di sekitar hidung dan mulut untuk menyaring hampir 95% partikel yang lebih kecil $< 0,3$ mikron. Masker ini dapat menurunkan paparan terhadap kontaminasi melalui airborne dan direkomendasikan untuk penanganan langsung pasien COVID-19.



Gambar 7.2: Jenis masker

3. Pelindung wajah (face shield)

Pelindung wajah memiliki kegunaan untuk melindungi mata dan wajah dari percikan cairan darah atau droplet. Umumnya terbuat dari plastik

bening transparan sehingga masih memberikan visibilitas yang baik untuk pengguna. Frekuensi pemakaian face shield adalah sekali pakai atau dapat dipergunakan kembali setelah dilakukan desinfeksi/dekontaminasi.



Gambar 7.3: Face shield

4. Pelindung mata (goggle)

Pelindung mata berbentuk seperti kaca mata yang memiliki kegunaan melindungi area mata dan sekitarnya dari percikan cairan, darah, atau droplet. Material yang digunakan adalah plastik atau akrilik bening. Pelindung mata digunakan pada saat aktivitas kemungkinan terjadi risiko cipratan, prosedur yang menghasilkan aerosol, dan kontak dekat berhadapan muka/wajah pasien. Frekuensi pemakaian goggle adalah sekali pakai atau dapat dipergunakan kembali setelah dilakukan desinfeksi/dekontaminasi.

5. Gaun (gown)

Gaun memiliki fungsi untuk melindungi pengguna atau tenaga kesehatan dari penyebaran infeksi atau penyakit, gaun hanya melindungi bagian depan, lengan, dan setengah kaki. Persyaratan gaun yang ideal antara lain bersifat barrier efektif yaitu mampu mencegah penetrasi cairan, tahan terhadap aerosol, airborne, dan partikel padat. Gaun biasanya berwarna terang/cerah agar mudah teridentifikasi bila

terkena kontaminan. Jenis gaun antara lain gaun bedah, gaun isolasi bedah, dan gaun non-isolasi bedah. Menurut penggunaannya, gaun dibagi menjadi 2, yaitu gaun sekali pakai (disposable) dan gaun dipakai berulang (reuseable).

6. Gaun sekali pakai (Coverall medis)

Gaun sekali pakai (disposable) biasanya tidak dijahit (non woven) dan dikombinasikan dengan plastik film untuk perlindungan terhadap penetrasi cairan. Bahan yang digunakan adalah serat sintetik (misalnya polypropylene, polyester, polyethylene, dupont tyvex) dengan pori-pori 0.2-0.54 mikron. Gaun ini disebut juga coverall medis yang memiliki kegunaan melindungi tenaga kesehatan atau pengguna secara menyeluruh termasuk kepala, punggung, dan tungkai bawah. Gaun dipakai berulang (reuseable).

7. Gaun untuk dipakai berulang terbuat dari bahan 100% katun, 100% poliester, atau kombinasi keduanya. Gaun dapat dipakai berulang dengan maksimal pemakaian 50 kali dan tidak mengalami kerusakan.

8. Heavy duty apron

Apron merupakan pelindung tubuh untuk melapisi bagian luar gaun yang digunakan oleh petugas kesehatan agar terhindar dari penetrasi cairan infeksius pasien. Apron dapat terbuat dari 100% poliester dengan lapisan PVC, atau 100% PVC, atau 100% karet, atau bahan tahan air lainnya. Apron dapat digunakan kembali (reuseable) setelah dilakukan proses desinfeksi atau dekontaminasi.

9. Sarung tangan

Sarung tangan memiliki fungsi untuk melindungi tangan tenaga medis dari kontak cairan infeksius selama perawatan pasien. Sarung tangan dapat terbuat dari bahan lateks karet, polyvinyl chloride (PVC), nitrile, polyurethane. Sarung tangan yang ideal harus tahan robek, tahan bocor, biocompatibility (tidak toksik), tidak mengiritasi, bebas tepung, dan pas di tangan. Sarung tangan direkomendasikan untuk single use atau sekali pakai.

10. Pelindung kepala

Penutup kepala memiliki kegunaan untuk melindungi kepala dan rambut pengguna dari percikan cairan infeksius pasien selama proses

perawatan. Penutup kepala terbuat dari bahan tahan air, tidak mudah robek, dan ukuran pas di kepala pemakai. Penutup kepala ini digunakan sekali pakai.

11. Sepatu pelindung (waterproof boots)

Sepatu pelindung merupakan alat pelindung kaki dari percikan cairan infeksius pasien. Sepatu pelindung dapat terbuat dari material lateks dan PVC, bersifat non-slip, dan tahan air dengan sol tertutup sempurna. Sepatu pelindung dapat dipergunakan kembali setelah dilakukan desinfeksi atau dekontaminasi.

7.7 Kewaspadaan Standar

7.7.1 Peralatan dan Limbah

Penanganan peralatan mencakup pembuangan limbah, bahan linen dan benda tajam yang terkontaminasi, serta pembersihan, sterilisasi dan desinfeksi alat, instrument dan peralatan yang tepat (Che Huei et al., 2020).

1. Memasukan benda yang terkontaminasi ke dalam kantong khusus.
2. Mengidentifikasi dan memisahkan barang disposable dari barang yang dapat digunakan kembali.
3. Membuang benda disposable yang tajam seperti jarum suntik, pisau bedah, spuit ke dalam container khusus yang tidak tembus (dari kaca atau material yang dirancang secara khusus).

7.7.2 Laundry (pakaian kotor) dan Bedding (Sprei, Selimut, Sarung Bantal).

1. Terbagi atas linen kotor dan linen terkontaminasi
2. Pengelolaan linen berdasarkan prinsip meminimalkan mikroorganisme
3. Linen terkontaminasi diletakan dalam kantong khusus
4. Tindakan desinfektan linen terkontaminasi: gunakan APD, air panas, bleaching, cairan desinfektan.

5. Sterilisasi linen untuk ruangan risiko tinggi (kamar bedah, unit luka bakar) menggunakan autoclave.

7.7.3 Penanganan Linen Di Ruang

1. Tidak meletakkan linen di lantai (tidak menyeret linen kotor di lantai)
2. Tidak meletakkan linen kotor di atas kursi dan meja pasien
3. Tidak mengibaskan linen kotor
4. Pisahkan ruang penyimpanan linen bersih dan linen kotor.

7.7.4 Penangan Limbah

Langkah-langkah penanganan limbah melalui proses: perencanaan, pemisahan, pengumpulan, transportasi, penyimpanan, treatment dan penanganan akhir. Seperti diilustrasikan dalam gambar di bawah ini:



Gambar 7.4: Alur pemilahan limbah medis padat

Proses pemisahan dan pengelolaan limbah medis padat

1. Identifikasi: jenis limbah, padat apakah cair atau limbah benda tajam, infeksius atau non infeksius.
2. Pemisahan limbah didasarkan pada kategori jenis limbah
3. Kode warna kantong sesuai kode internasional dan diletakan pada container sebagai logo simbol biohazard.
4. Kontainer benda tajam (prinsip tahan air, tahan tusukan), diletakan pada area ruang Tindakan (trolley injection), nursing station dll) serta mudah dijangkau
5. Memiliki alat transportasi khusus.
6. Area penampungan limbah di tempat terbuka, mudah dibersihkan (treatment).

Limbah padat infeksius: limbah yang berasal dari pelayanan klinis, perawatan, laboratorium dan atau semua benda yang sudah terkontaminasi dengan darah atau cairan tubuh pasien.

Limbah padat non infeksius: limbah rumah tangga atau pembungkus alat medsi yang tidak terkontaminasi dengan darah atau cairan tubuh pasien. Limbah benda tajam: Semua benda yang mempunyai permukaan tajam yang dapat melukai/merobek permukaan tubuh.

Labelling (kode warna pembungkus):

1. Warna kuning untuk sampah infeksius
2. Warna hitam untuk non infeksius
3. Warna merah untuk radioaktif
4. Warna ungu untuk cytotoksis
5. Kotak kuning limbah benda tajam tahan tusukan dan tahan air

Packing/penempatan limbah:

1. Tempatkan dalam wadah limbah tertutup.
2. Tutup mudah dibuka, sebaiknya bisa dengan menggunakan kaki.
3. Kontainer dalam keadaan bersih.
4. Kontainer terbuat dari bahan yang kuat, ringan dan tidak berkarat.
5. Tempatkan setiap kontainer limbah pada jarak 10 -20 meter.

6. Ikat limbah jika sudah terisi $\frac{3}{4}$ penuh.
7. Kontainer limbah harus dicuci setiap hari.

7.8 Kewaspadaan Standar

Beberapa hal di bawah ini dapat dilakukan:

1. Melaporkan kejadian segera kepada atasan atau pihak manajemen
2. Melengkapi laporan kecelakaan
3. Melakukan evaluasi dan tindak lanjut yang tepat mencakup mendapatkan identitas pasien atau staf sumber infeksi
4. Memeriksa darah individu sumber infeksi jika memungkinkan dan disetujui
5. Memeriksa darah perawat yang terpajan dengan persetujuan
6. Perawat yang terpajan harus mendapatkan profilaksis pasca pajanan jika diindikasi secara medis dengan vaksin hepatitis atau antivirus
7. Melakukan konseling medis dan psikologis mengenai risiko pribadi terinfeksi atau risiko menginfeksi orang lain.
8. Untuk kejadian terkena tusukan/laserasi yang memicu terjadinya perdarahan. Dapat dilakukan dengan mencuci dan membersihkan area dengan sabun dan air yang mengalir, lakukan pertolongan pertama dan cari pengobatan lain jika diindikasikan.
9. Untuk pemajanan pada area membrane mukosa area mulut, mata dan hidung) basuh dengan salin normal atau air mengalir selama 5-10 menit.

Hal yang harus dilakukan jika terpajan

1. Periksa status kesehatan
2. Ketahui status kesehatan sumber pajanan
3. Tindakan sesuai jenis paparan
4. Terapi profilaksis pasca pajanan sesuai kebijakan (PPP) RS.

Jenis Pajanan	Status Infeksi Sumber Pajanan			RTV Respon
	RTV Status 1 (RTV Terdapat, tidak terdeteksi) (RTV RTV +IGM)	RTV Status 2 (RTV Terdapat + IGM Terdeteksi) (RTV RTV +IGM)	Tidak terdeteksi (RTV RTV Terdeteksi, RTV Terdeteksi)	
Perilaku tidak				
Keperawatan (Keperawatan, RTV RTV RTV)	Terdeteksi oleh RTV status RTV	Terdeteksi oleh RTV status RTV	Umumnya Tidak perlu virus RTV perkolokolon RTV status RTV, sumber terdeteksi	Tidak perlu RTV
Infeksi (Keperawatan, RTV RTV RTV)	Terdeteksi oleh RTV status RTV	Terdeteksi oleh RTV status RTV	Umumnya Tidak perlu virus RTV perkolokolon RTV status RTV, sumber terdeteksi	Tidak perlu RTV
Pajanan pada lipatan mukosa atau papanas pada lula di lula				
Keperawatan (Keperawatan, RTV RTV RTV)	Terdeteksi oleh RTV status RTV	Terdeteksi oleh RTV status RTV	Umumnya Tidak perlu virus RTV perkolokolon RTV status RTV, sumber terdeteksi	Tidak perlu RTV
Pajanan (Keperawatan, RTV RTV RTV)	Terdeteksi oleh RTV status RTV	Terdeteksi oleh RTV status RTV	Umumnya Tidak perlu virus RTV perkolokolon RTV status RTV, sumber terdeteksi	Tidak perlu RTV

Gambar 7.6: Status infeksi sumber pajanan (Pellegrino, 2004)

Bab 8

Konsep Dasar K3: Sehat, Kesehatan Kerja, Risiko Dan Hazard Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan

8.1 Sehat

Definisi sehat dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah 1). dalam keadaan baik segenap badan serta bagian-bagiannya (bebas dari sakit), 2). yang mendatangkan kebaikan pada badan, 3). sembuh dari sakit, 4). baik dan dalam keadaan biasa (sebagai Kiasan), 5). boleh dipercaya atau masuk pada akal (tentang pendapat, usul, alasan, dan sebagainya), 6). berjalan dengan baik atau sebagaimana mestinya (tentang keadaan keuangan, ekonomi dan sebagainya), 7). berjalan dengan hati-hati dan baik (berkaitan dengan politik). Akan tetapi sehat dalam pembahasan ini lebih tepatnya pada definisi yang pertama dan kedua yang mana sehat diartikan sebagai keadaan baik segenap badan dan bagian-bagiannya atau sesuatu yang dapat mendatangkan kebaikan pada badan. Sementara kesehatan sendiri adalah keadaan (hal) sehat: kebaikan keadaan badan.

Pengertian sehat menurut WHO adalah “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of diseases or infirmity”. Sehat adalah kondisi normal seseorang yang merupakan hak hidupnya. Sehat berhubungan dengan hukum alam yang mengatur tubuh, jiwa, dan lingkungan berupa udara segar, sinar matahari, bersantai, kebersihan serta pikiran, kebiasaan dan gaya hidup yang baik atau bisa dikatakan bahwa sehat adalah memperbaiki kondisi manusia, baik jasmani, rohani ataupun akal, sosial dan bukan semata-mata memberantas penyakit.

8.2 Risiko

1. Pengertian

Risiko adalah gabungan dari kemungkinan (frekuensi) dan akibat atau konsekuensi dari terjadinya bahaya tersebut. Penilaian risiko adalah penilaian menyeluruh untuk mengidentifikasi bahaya dan menentukan apakah risiko dapat diterima. Manajemen risiko adalah pengelolaan risiko yang mencakup identifikasi, penilaian, dan pengendalian risiko. Manajemen risiko terdiri dari 3 langkah pelaksanaan yaitu identifikasi bahaya, penilaian risiko dan pengendalian risiko (Ramli, 2010).

Definisi risiko menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) adalah akibat yang kurang menyenangkan (merugikan, membahayakan) dari suatu perbuatan atau tindakan. Risiko (Risk) adalah menyatakan kemungkinan terjadinya kecelakaan/ kerugian pada periode waktu tertentu atau siklus operasi tertentu (Tarwaka, 2008). Jadi risiko k3 adalah potensi kerugian yang bisa diakibatkan apabila berkontak dengan suatu bahaya ataupun terhadap kegagalan suatu fungsi.

2. Penilaian Risiko

Penilaian risiko adalah proses untuk menentukan pengendalian terhadap tingkat risiko kecelakaan kerja/ penyakit akibat kerja. Penilaian risiko adalah proses evaluasi risiko-risiko yang diakibatkan adanya bahaya- bahaya, dengan memperhatikan kecukupan pengendalian yang dimiliki, dan menentukan apakah risikonya dapat

diterima atau tidak (Puspitasari, 2010). Penilaian risiko merupakan hasil kali antara nilai frekuensi dengan nilai keparahan suatu risiko.

3. Pengendalian risiko

Menurut Hanafi & Partawibawa (2016), pengendalian risiko terhadap bahaya yang teridentifikasi dilakukan setelah dilakukan penilaian sebelumnya, sehingga pengendalian risiko bahaya diprioritaskan pada bahaya dengan kategori paling tinggi ke rendah. Pengendalian risiko pada kategori High dapat dilakukan dengan mengurangi risiko bahaya serendah mungkin sehingga risiko bahaya dapat diterima. Pengendalian pada tingkat ini dilakukan dengan kontrol dari teknisi serta isolasi terhadap sumber bahaya. Risiko bahaya pada kategori Moderate, di mana risiko bahaya pada kategori ini dapat ditoleransi. Pengendalian risiko pada kategori Moderate dapat dilakukan dengan mengatur manajemen, misalnya dengan program berupa tindakan dan referensi dari HSE (Health Safety Executive), JSEA (Job Safety Environment Analysis). Risiko bahaya kategori Low yaitu kategori bahaya paling rendah dan dapat ditoleransi. Pengendalian risiko pada kategori ini dapat dilakukan dengan manajemen risiko harian maupun dengan referensi JSEA (Job Safety Environment Analysis).

8.3 Hazard

1. Pengertian

Bahaya adalah sumber, situasi atau tindakan yang berpotensi menciderai manusia atau sakit penyakit atau kombinasi dari semuanya (Puspitasari, 2010). Berdasarkan Kurniawan (2008) mengatakan bahwa hazard adalah faktor faktor intrinsik yang melekat pada sesuatu berupa barang atau kondisi dan mempunyai potensi menimbulkan efek kesehatan maupun keselamatan pekerja serta lingkungan yang memberikan dampak buruk.

Pengertian (definisi) bahaya (hazard) ialah semua sumber, situasi ataupun aktivitas yang berpotensi menimbulkan cedera (kecelakaan

kerja) dan atau penyakit akibat kerja – definisi berdasarkan OHSAS 18001:2007. Secara umum terdapat 5 (lima) faktor bahaya K3 di tempat kerja, antara lain:

Faktor Bahaya Biologi (Seperti: Jamur, Virus, Bakteri, dll.), Faktor Bahaya Kimia (Seperti: Gas, Debu, Bahan Beracun, dll.), Faktor Bahaya Fisik/Mekanik (Seperti: Mesin, Tekanan, dll.), Faktor Bahaya Biomekanik (Seperti: Posisi Kerja, Gerakan, dll.), Faktor Bahaya Sosial Psikologis (Seperti: Stress, Kekerasan, dll.)

2. Klasifikasi hazard

Menurut Ndejjo (2015) bahaya secara luas diklasifikasikan sebagai biologis dan nonbiologis. Klasifikasi orang asing dihasilkan sebagai titik akhir komposit. Adapun beberapa cedera: slip, perjalanan, dan jatuh; fisik, psikologis, seksual, atau verbal penyalahgunaan; luka/laserasi; luka bakar; patah; cedera terkait-tajam (yaitu, jarum, dll.); radon dari sinar-X dan seterusnya; tumpahan bahan kimia; kebisingan; kontak langsung dengan terkontaminasi spesimen/ bahan biohazard; bioterorisme; cedera muskuloskeletal seperti nyeri otot/ strain/ keseleo, ogens jalan yang ditularkan melalui darah; penyakit/ infeksi menular; penyakit di udara; vector borne diseases; stres; crosscontamination dari material kotor; dan radiasi nonionisasi.

3. Identifikasi Hazard

Identifikasi bahaya merupakan langkah awal dalam mengembangkan manajemen risiko K3. Mengidentifikasi suatu bahaya adalah upaya sistematis untuk mengetahui potensi bahaya yang ada di lingkungan kerja. Dengan mengetahui sifat dan karakteristik bahaya, maka dapat lebih berhati-hati dan waspada untuk melakukan langkah-langkah pengamanan agar tidak terjadi kecelakaan, namun tidak semua bahaya dapat dikenali dengan mudah (Ramli, 2009).

8.4 Perawat dan Asuhan Keperawatan

1. Perawat

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan perawat baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Seorang perawat dituntut untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada masyarakat (PERMENKES RI No.17, 2013).

Menurut Persatuan Perawat Nasional Indonesia perawat adalah tenaga perawatan yang berasal dari jenjang pendidikan tinggi keperawatan (Ahli Madya, Ners, Ners Spesial, dan Ners Konsultan). Dalam memberikan pelayanan kesehatan perawat dituntut untuk lebih profesional agar kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan semakin meningkat.

2. Asuhan Keperawatan

a. Pengertian

Asuhan keperawatan adalah suatu pendekatan untuk pemecahan masalah yang memungkinkan perawat untuk mengatur dan memberikan asuhan keperawatan. Standar asuhan yang tercantum dalam Standar Praktik Klinis Keperawatan terdiri dari lima fase asuhan keperawatan: Pengkajian; Diagnosa; Perencanaan; Implementasi; dan Evaluasi. Salah satu manfaat dari penerapan asuhan keperawatan yang baik adalah meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan dalam bidang keperawatan (Kozier, 2010).

Menurut Sumijatun dalam Wirdah (2016) permasalahan pelayanan keperawatan di negara Indonesia adalah banyaknya perawat yang belum melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan standar. Di sebagian besar tatanan pelayanan keperawatan, masih terbatas melakukan kegiatan-kegiatan yang belum memenuhi kaidah asuhan keperawatan secara profesional yang bertanggung gugat.

b. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi adalah segala yang tertulis atau tercetak oleh individu yang berwewenang. Catatan harus menjelaskan

keperawatan yang diberikan kepada klien, status dan kebutuhan klien yang komprehensif (Potter & Parry, 2010).

Dokumentasi merupakan suatu dokumen yang berisi data lengkap, nyata, dan tercatat bukan hanya tentang tingkat kesakitan pasien tetapi juga jenis dan kualitas pelayanan kesehatan yang di berikan (Harahap, 2013).

c. Tujuan Asuhan Keperawatan

Perry & potter (2010) juga menjelaskan tujuan pendokumentasian yaitu sebagai alat komunikasi tim kesehanan untuk menjelaskan perawatan klien termasuk perawatan individual, edukasi klien dan penggunaan rujukan untuk rencana pemulangan. Dokumentasi sebagai tagihan finansial dengan menjelaskan sejauh mana lembaga perawatan mendapatkan ganti rugi atas pelayanan yang diberikan bagi klien.

Tujuan dokumentasi lainnya adalah edukasi, dengan catatan ini peserta didik belajar tentang pola yang harus ditemui dalam berbagai masalah kesehatan dan menjadi mampu untuk mengantisipasi tipe perawatan yang dibutuhkan oleh klien. Tujuan pengkajian, catatan memberikan data yang digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mendukung diagnosa keperawatan dan merencanakan intervensi yang sesuai (Sumilat, 2017).

Dokumentasi sebagai data untuk penelitian, perawat dapat menggunakan catatan klien selama study riset untuk mengumpulkan informasi tentang faktor-faktor tertentu. Audit dan pemantauan, tinjauan literatur tentang informasi pada catatan klien memberi dasar untuk evaluasi tentang kualitas dan ketepatan perawat yang diberikan dalam suatu institusi (Sumilat, 2017).

Dokumentasi legal merupakan pendokumentasian yang akurat sebagai satu pertahanan diri terbaik terhadap tuntutan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan. Dokumentasi penting untuk meningkatkan efisiensi perawatan klien secara individual (Harahap, 2013).

d. Standar Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan harus mengikuti tujuh standar dokumentasi asuhan keperawatan yaitu harus sabar, harus berisi pekerjaan yang sebenarnya dari perawat pendidikan dan dukungan psikososial, ditulis harus mencerminkan klinis perawat, harus logis dan berurutan, harus ditulis coteemporameously (segera setelah peristiwa terjadi), catatan harus lengkap tentang keperawatan dan tentang hal diluar keperawatan, harus memenuhi persyaratan hukum (Johnson, Jefferis & Landon, 2010).

e. Risiko dan Hazard dalam pelaksanaan Asuhan Keperawatan

- Pengkajian

Seluruh kegiatan yang dilakukan baik yang dilakukan baik perorangan ataupun organisasi atau bahkan perusahaan juga mengandung risiko. Semakin besar risiko yang dihadapi pada umumnya dapat diperhitungkan bahwa pengembalian yang diterima juga akan lebih besar (Qoriawaty, 2016). Pola pengambilan risiko menunjukkan sikap yang berbeda terhadap pengambilan risiko. Menurut Prayitno, dkk (2017) risiko melekat dari tindakan pelayanan kesehatan dalam hal ini pada saat melakukan pengkajian asuhan keperawatan adalah bahwa dalam kegiatan ini yang diukur adalah upaya yang dilakukan. Pada proses pengkajian data, hal-hal yang dapat terjadi seperti:

- Pelaksanaan

Menurut Prayitno, dkk (2017) kesalahan saat merencanakan pengkajian. Misalnya jika perawat salah dalam mengkaji, maka perawat akan salah dalam memberikan proses perawatan/pengobatan yang pada akhirnya akan mengakibatkan kesehatan pasien malah semakin terganggu. Hal lainnya yang dapat terjadi yaitu jika perawat salah dalam merencanakan tindakan keperawatan maka perawatnya juga akan mendapatkan bahaya seperti misalnya tertularnya

penyakit dari pasien karena kurangnya perlindungan diri terhadap perawatnya.

- Implementasi

Menurut Putri, T. E. R, (2017) kesalahan saat melakukan implementasi ataupun pelaksanaan tindakan keperawatan adalah salah satu yang sangatlah fatal. Dan mengakibatkan kecelakaan pada pasien ataupun perawat, contohnya misal kesalahan dalam pemberian obat kepada pasien oleh perawat di karenakan perawat lupa membaca instruktur atau catatan atau dokumen rekam medik pada pasien.

- Evaluasi

Menurut Putri, T. E. R, (2017) kesalahan pada saat melakukan evaluasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan akan mengakibatkan pendokumentasian dalam asuhan keperawatan kurang data yang sudah dilakukan oleh perawat. Terkadang perawat lupa mengonfirmasikan ke dalam catatan atau dokumentasi dalam asuhan keperawatan sehingga dokumen yang tertulis atau yang tadi dilaksanakan oleh perawat kepada klien tidak ada di dokumentasi asuhan keperawatan.

8.5 Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit

1. Pengertian

Kesehatan dan keselamatan kerja (K3) adalah ilmu terapan yang bersifat multidisiplin, bidang yang terkait dengan kesehatan, keselamatan, dan kesejahteraan manusia yang bekerja di sebuah institusi maupun lokasi proyek. Menurut America Society of safety and Engineering (ASSE) K3 diartikan sebagai bidang kegiatan yang ditujukan untuk mencegah semua jenis kecelakaan yang ada kaitannya dengan lingkungan dan situasi kerja.

Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) merupakan upaya untuk menciptakan suasana bekerja yang aman, nyaman dan mencapai tujuan yaitu produktivitas setinggi-tingginya (Yuamita & Waruru, 2016). Terjadinya kecelakaan kerja dimulai dari disfungsi manajemen dalam upaya penerapan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3). Ketimpangan tersebut menjadi penyebab dasar terjadinya kecelakaan kerja. Dengan semakin meningkatnya kasus kecelakaan kerja dan kerugian akibat kecelakaan kerja, serta meningkatnya potensi bahaya dalam proses produksi, dibutuhkan pengelolaan K3 secara efektif, menyeluruh, dan terintegrasi dalam manajemen perusahaan. Manajemen K3 dalam organisasi yang efektif dapat membantu untuk meningkatkan semangat pekerja dan memungkinkan mereka memiliki keyakinan dalam pengelolaan organisasi (Akpan, 2011).

Mia (2011) menyatakan bahwa kesehatan kerja disamping mempelajari faktor-faktor pada pekerjaan yang dapat mengakibatkan manusia menderita penyakit akibat kerja (*occupational disease*) maupun penyakit yang berhubungan dengan pekerjaannya (*work-related disease*) juga berupaya untuk mengembangkan berbagai cara atau pendekatan untuk pencegahannya, bahkan berupaya juga dalam meningkatkan kesehatan (*health promotion*) pada manusia pekerja tersebut.

Keselamatan Kerja adalah upaya yang dilakukan untuk mengurangi terjadinya kecelakaan, kerusakan dan segala bentuk kerugian baik terhadap manusia, maupun yang berhubungan dengan peralatan, obyek kerja, tempat bekerja, dan lingkungan kerja, secara langsung dan tidak langsung. Sedangkan kesehatan kerja adalah upaya peningkatan dan pemeliharaan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi pekerja di semua jabatan, pencegahan penyimpangan kesehatan yang disebabkan oleh kondisi pekerjaan, perlindungan pekerja dari risiko akibat faktor yang merugikan kesehatan, penempatan dan pemeliharaan pekerja dalam suatu lingkungan kerja yang mengadaptasi antara pekerjaan dengan manusia dan manusia dengan jabatannya. Jadi, keselamatan dan kesehatan kerja Rumah Sakit yang

selanjutnya disingkat K3RS adalah segala kegiatan untuk menjamin dan melindungi keselamatan dan kesehatan bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit melalui upaya pencegahan kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja di rumah sakit (PERMENKES RI No.66, 2016).

2. Subdisiplin/cabang keilmuan

Menurut Joint Committee of OHS dari ILO dan WHO bahwa sub keilmuan besar dari K3 adalah:

- a. Kesehatan Kerja (occupational Health): kedokteran kerja, toksikologi industri, epid, kesehatan kerja, promosi kesehatan kerja.
- b. Keselamatan Kerja (safety): safety engineering, risk management, public safety dll

Bab 9

Hazard dan Risiko Dalam Pengkajian, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan

9.1 Sehat

Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) adalah suatu media untuk menciptakan suasana bekerja yang aman, nyaman. Media ini didisain untuk mencapai produktivitas pekerja sebaik-baiknya. Setiap pekerjaan di dunia memiliki tingkatan risiko masing-masing. Karena itu K3 mutlak untuk dilaksanakan pada setiap jenis bidang pekerjaan tanpa kecuali. Untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja, setiap perusahaan yang memiliki tenaga kerja lebih dari 100 orang dan memiliki risiko besar terhadap kecelakaan dan penyakit akibat kerja wajib menerapkan program Keselamatan dan Kesehatan Kerja (Permenaker No. 5 Tahun 1996).

Tenaga kesehatan, terutama perawat, merupakan profesi yang memiliki risiko tinggi terpapar hazard di lingkungan kerja. Secara internasional, diestimasikan

terdapat 2.9 juta pekerja terekspos hazard dari tempat kerja, selain itu organisasi pekerja internasional secara statistik melaporkan bahwa terdapat 6.300 pekerja meninggal dunia karena kecelakaan kerja dan 2.3 juta pekerja meninggal setiap tahunnya karena penyakit akibat kerja. Lebih dari 337 juta kecelakaan kerja terjadi tiap tahunnya, dan hal ini mengakibatkan angka ketidakhadiran/absen pekerja yang tinggi perharinya (NIOSH, 2012).

Terdapat bukti yang kuat bahwa hazard dalam lingkungan kerja mengambil porsi sebesar 4% pada persentasi kematian akibat kanker. The National Safety Council (NSC) mengatakan bahwa sebanyak 41% tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit mengalami penyakit dan kecelakaan akibat kerja sehingga kehilangan waktu untuk bekerja. (FIOH, 2014) Perawat rumah sakit yang bekerja di laboratorium atau ruangan operasi lebih sering mengalami paparan gas medis daripada pekerja rumah sakit di area yang lain. Di negara Nigeria dilaporkan bahwa angka kematian akibat kecelakaan kerja adalah 1.249 per 100.000 pekerja (Kalejaie, 2013).

Sebagai bagian dari tim kesehatan, perawat harus terbiasa dan familiar dengan potensi hazard guna menghindari paparan atau terluka oleh hazard saat sedang melakukan pelayanan. Pengetahuan mengenai penyebab kecelakaan kerja dan penyakit akibat kerja harus diberikan sejak awal agar perawat lebih mudah untuk mengimplementasikan intervensi agar dapat menghindari hazard dan potensi-potensi tersebut.

9.2 Definisi

1. Hazard

Hazard dikenal dengan potensi bahaya atau kondisi yang dapat menyebabkan gangguan terhadap manusia seperti nyawa, kesehatan, properti, dan lingkungan. Dengan kata lain, hazard adalah sumber potensi dari bahaya atau sumber yang memiliki efek simpang pada seseorang (Ahmad, 2016).

2. Risiko

Risiko merupakan suatu kombinasi dari kemungkinan terjadinya kejadian terkait hazard atau paparan hazard dengan keparahan dari

kecelakaan atau penyakit yang disebabkan oleh paparan hazard (Ahmad, 2016).

3. Asuhan Keperawatan

Asuhan keperawatan didefinisikan sebagai sebuah pendekatan dalam usaha memecahkan masalah, sehingga perawat mampu untuk mengatur dan memberikan intervensi berupa asuhan. Standar praktik klinis keperawatan mengenai asuhan keperawatan terdiri dari lima fase. Lima fase tersebut terdiri dari Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi. Manfaat yang didapat dari melakukan asuhan keperawatan dengan baik ialah meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan dalam pelayanan sebagai seorang perawat (Kozier, 2010).

9.3 Pengkajian Hazard dan Risiko dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

9.3.1 Hazard dalam Lingkungan kerja

Hazard pada tempat kerja dikelompokkan menjadi hazard fisika, hazard biologi, hazard kimia, hazard ergonomi, dan hazard organisasi & psikologis (Ahmad, 2016).

1. Hazard Fisika: suara bising yang menyebabkan ketulian; radiasi sinar rontgen atau sinar radioaktif menyebabkan antara lain penyakit; kelainan darah dan kulit; radiasi sinar infra merah dapat mengakibatkan katarak pada lensa mata; sedangkan sinar ultraviolet menyebabkan konjungtivitis fotoelektrika; suhu yang terlalu tinggi menyebabkan heat stroke (pukulan panas); heat cramps (kejang panas) atau hiperpireksia; sedangkan suhu terlalu rendah antara lain menimbulkan frostbite; tekanan udara tinggi menyebabkan penyakit Caison Diseases; dan pencahayaan yang buruk dapat menyebabkan kelainan pada indra penglihatan atau kesilauan (Ahmad, 2016).

2. Hazard Kimia: debu dapat menyebabkan pneumokoniosis diantaranya silikosis, asbestosis, dan lainnya; uap dapat menyebabkan demam uap logam (metal fume fever); dermatosis (penyakit kulit) akibat kerja, atau keracunan oleh zat toksik uap formaldehida; gas dapat menyebabkan keracunan misalnya CO, H₂S, dan lainnya; larutan zat kimia misalnya menyebabkan iritasi kepada kulit; awan atau kabut (Wilding, 2009).
3. Hazard biologi: hazard biologi misalnya bibit penyakit antraks atau brusella yang menyebabkan penyakit akibat kerja pada tenaga kerja penyamak kulit. Hazard biologi lainnya termasuk jamur, enzim dari detergen (allergen). Infeksi okupasi seperti penyakit yang etiologinya terdapat pada lingkungan kerja, masuk ke dalam tubuh, bereplikasi dan menjadi penyakit bagi tenaga kerja. Seperti HIV dan hepatitis (Joshua, 2017).
4. Hazard mental-psikologis: pada hubungan kerja atau hubungan industrial yang tidak baik yang menyebabkan depresi atau penyakit psikosomatis. Beban kerja yang berat akan menyebabkan pekerja menjadi lelah, jam kerja yang lebih panjang, shift malam atau lembur sehingga kurang tidur, dan lain sebagainya (McVicar, 2013).
5. Hazard Ergonomi
Ergonomi berasal dari bahasa Latin yaitu “ergon” yang artinya kerja dan “nomos” yang artinya aturan. Menurut International Ergonomic Association, Ergonomi didefinisikan sebagai studi tentang aspek-aspek manusia dalam lingkungan kerjanya yang ditinjau secara anatomi, fisiologi, psikologi, engineering, manajemen dan desain/perancangan. Umumnya, penerapan ergonomi merupakan aktivitas desain ataupun re-desain sarana dan lingkungan kerja. (Smedley, 2003). Selain itu, ergonomi dapat pula berfungsi sebagai desain perangkat lunak dengan semakin banyaknya pekerjaan yang berkaitan erat dengan komputer. Peran ergonomi yang lain adalah sebagai desain pekerjaan pada suatu organisasi, misalnya penentuan jumlah jam istirahat, pemilihan jadwal kerja gilir, meningkatkan variasi pekerjaan dan lain-lain. Penerapan ergonomi lainnya adalah desain dan evaluasi produk. Selain itu ergonomi juga berperan dalam

menciptakan kenyamanan kerja dan mengurangi kelelahan kerja. Kelelahan kerja dapat diketahui dari hasil pengukuran sehingga dapat dilakukan koreksi terhadap lingkungan dan perangkat kerja, sikap maupun cara kerja (Waehrer, 2005).

9.3.2 Risiko dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

(Mubarak, 2015) menjelaskan bahwa Risiko dalam pelaksanaan asuhan keperawatan sangat bervariasi. Hal yang wajib dilakukan adalah mengukur hingga evaluasi pelaksanaan yang telah dilakukan. Dalam pengkajian data, terdapat hal-hal yang dapat saja bisa terjadi, yaitu:

1. Kurangnya kemampuan perawat untuk menggali informasi sehingga terjadi ketidaklengkapan data. Akibat dari hal di atas adalah kesalahan dari diagnosis hingga tatalaksana pasien.
2. Ketika perawat melakukan pengkajian pasien, tidak menutup kemungkinan terjadi kecelakaan kerja yang menyebabkan kejadian seperti transmisi virus atau bakteri dari pasien pada perawat. Sehingga dapat disimpulkan bahwa risiko kerja perawat sangat tinggi.
3. Tidak jarang perawat mendapatkan penolakan hingga penghinaan secara verbal ketika melakukan pengkajian.

9.4 Pengkajian Hazard dan Risiko dalam Asuhan Keperawatan

Pengkajian hazard dan risiko dilakukan berdasarkan empat pendekatan, yaitu: pengendalian secara teknik, pengendalian administratif, praktik kerja aman, maintenance preventif, dan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD) (Kalejaiye, 2013).

Pengkajian bahaya meliputi keadaan lantai, peralatan rumah tangga, kamar mandi, dapur, kamar tidur, pelindung kebakaran, zat-zat berbahaya, dan lain-lain apakah dalam keadaan aman atau dapat mengakibatkan kecelakaan (Mubarak, 2015).

1. Pengendalian secara teknik: pengendalian ini dianggap sebagai metode paling efektif karena tidak memerlukan usaha lebih dan dapat di dengan mudah. Idealnya, desain dari pengendalian secara teknik dirancang terlebih dahulu sebelum tempat kerja dibangun. Tetapi tempat kerja dapat didesain ulang setelah beroperasi dan dimodifikasi sedemikian rupa untuk mengurangi paparan hazard pada pekerja.

Berikut merupakan beberapa metode pengendalian teknik: a) Eliminasi adalah menghilangkan bahan-bahan yang beracun dari proses produksi, b) Substitusi adalah mengganti bahan yang beracun dengan bahan yang lebih aman atau lebih rendah toksisitasnya, c) Isolasi/Enclosure adalah menghalangi transfer faktor bahaya yang ditimbulkan oleh proses produksi ke tenaga kerja, d) Perubahan proses adalah memperbaiki proses produksi yang memiliki paparan bahaya tinggi dengan proses produksi yang lebih rendah paparannya, e) Pemasangan pengaman pada mesin dan peralatan (safety device).

Salah satu aspek terpenting dalam pengendalian teknik pada perawat adalah ventilasi. Ventilasi dapat memfasilitasi transmisi hazard airborne pada pekerja, sehingga pekerja dapat bebas dari paparan hazard tersebut saat bernapas. Teknik ventilasi, dapat diartikan sebagai penggantian udara yang terkontaminasi dalam lingkungan kerja dengan udara segar. Teknik ventilasi ini dapat dilakukan dengan 2 cara:

- a. Ventilasi alamiah, yaitu ventilasi melalui bagian-bagian terbuka seperti jendela, pintu, lubang angin untuk memungkinkan pergantian udara secara alamiah karena adanya angin.
- b. Ventilasi mekanis, yaitu ventilasi yang dilakukan dengan menggunakan alat/teknologi misalnya dengan kipas angin atau blower dan mesin penghisap, di mana akan berfungsi menghisap udara yang terkontaminasi dari dalam ruangan tempat kerja, kemudian udara segar dibiarkan masuk melalui bukaan disisi lain. Begitu pula dapat juga sebaliknya, memasukan udara segar kedalam ruangan tempat kerja untuk mendorong keluar udara yang terkontaminasi melalui bukaan di sisi lain.

2. Pengendalian administratif: pengendalian administratif dianggap kurang efektif dibanding pengendalian jenis lainnya karena memerlukan perubahan perilaku dari pekerja dan organisasi kerja. Berikut merupakan jenis-jenis pengendalian administratif: a) Pengaturan waktu kerja. Pengaturan waktu kerja dilakukan setelah pengendalian teknis tidak dapat mengatasi masalah pemaparan bahaya, peraturan pembatasan waktu kerja dapat dilihat pada Permenakertrans No. Per.13/MEN/X/2011 tentang Nilai Ambang Batas Faktor Fisika dan Faktor Kimia di tempat kerja (Permenakertrans, 2011), b) Rotasi/mutasi. Rotasi dan mutasi dilakukan apabila tenaga kerja telah mengalami penurunan produktivitas kerja akibat kejenuhan atau pengaruh faktor bahaya di lingkungan kerja. c) Pemeriksaan kesehatan. d) Pelatihan K3. Pelatihan dilakukan untuk memberi pengetahuan tentang K3 bagi tenaga. e) Pemeliharaan peralatan dan fasilitas kerja. Pemeliharaan peralatan dan fasilitas kerja sangat penting bagi efisiensi dan efektifitas proses produksi untuk itu harus dilakukan perawatan peralatan dan fasilitas kerja secara berkala dan sesuai jadwal. f) Pelaksanaan SOP. Semua aktivitas proses produksi harus dilaksanakan sesuai prosedur yang standar dan secara berurutan agar risiko kecelakaan dapat diminimalkan. g) Pemasangan rambu-rambu peringatan. Pada kondisi tertentu tenaga kerja atau pengunjung tidak menyadari adanya faktor bahaya yang ada. Untuk menghindari kecelakaan maka dilakukan Pemasangan rambu-rambu peringatan berupa papan peringatan, poster, batas area aman dan safety induction sesuai dengan faktor bahaya yang ada di tempat kerja (Johnson, 2000).
3. Praktik kerja aman: metode ini sangat tergantung pada kepatuhan dari pekerja (memerlukan sosialisasi dan pelatihan lebih lanjut). Prosedur tertulis sangat dibutuhkan. Selain itu pekerja harus menaati peraturan sehingga akan terbentuk hubungan yang baik dan efektif antara pekerja dan supervisor dalam implementasi metode ini.
4. Alat Pelindung diri: pengendalian lain yang dapat dilakukan adalah dengan menggunakan alat pelindung diri. Pengendalian ini merupakan upaya terakhir jika tidak dapat dilakukan pengendalian seperti secara

teknis ataupun administrasi. Alat pelindung diri yang digunakan harus disesuaikan dengan potensi bahaya di tempat kerja, yang pada prinsipnya adalah mencegah masuknya potensi bahaya kimia kedalam tubuh manusia. Macam-macam alat pelindung diri adalah helm, kacamata pelindung, sarung tangan, masker, apron, sepatu pelindung (Joshua, 2017).

5. Kebakaran dan Sistem Gawat Darurat pada Lingkungan Kerja

Jika terjadi kebakaran dalam jam kerja, perhatian utama adalah keselamatan pasien dan personil di dalam Rumah Sakit. Pengetahuan seluruh perawat RS mengenai prosedur gawat darurat kebakaran, tempat penyimpanan alat pemadam kebakaran, dan cara mengoperasikannya sangatlah vital.

Sebelum mulai bekerja sebagai perawat di fasilitas kesehatan, perawat harus bertanya ada supervisor (kepala perawat) mengenai prosedur evakuasi kebakaran di tempat tersebut. Kecelakaan berupa kebakaran dapat terjadi kapan saja, sehingga seluruh perawat harus mengerti dan mengetahui prosedur kebakaran (Clarke, 2012).

Di dalam melakukan proses produksi ada perusahaan yang menggunakan api tetapi api yang digunakan adalah api yang dikehendaki dan terkendali. Kebakaran adalah adanya api yang timbul di luar kendali dari tujuan proses produksi dan ini dapat diakibatkan oleh adanya titik api akibat pertemuan segitiga api (O₂, panas dan bahan yang mudah terbakar) yang terjadi secara tidak terduga untuk itu perlu upaya untuk memisahkan salah satu dari ketiga faktor ini agar titik api yang tak dikehendaki tidak terjadi. Fakta lapangan yang dapat dijadikan sebagai referensi bahwa ada dua fakta penyebab yang menonjol, yaitu api terbakar dan listrik (Clarke, 2012).

Selain itu, banyak sekali aktivitas yang dilakukan dalam proses produksi seperti pemakaian tekanan, suhu panas, kecepatan aliran, bahan kimia dan lain-lain. Peledakan dapat terjadi karena adanya tekanan atau suhu panas, kecepatan aliran yang tidak terkendali dalam proses produksi seperti pemakaian ketel uap, bejana tekan, pipa-pipa penyalur dan lain-lain. Bahan kimia yang digunakan dalam proses produksi memerlukan penanganan yang sesuai standar dari segi pengadaan, penyimpanan, pengangkutan dan penggunaannya agar dapat dikendalikan dengan baik.

Untuk menghindari ledakan, seluruh substansi yang dapat menyebabkan kebakaran harus dipindahkan secara cepat dari area yang terpapar oksigen, jika memungkinkan pipa oksigen harus langsung dimatikan. Dengan mematikan pipa oksigen, gas akan mati dan tenaga listrik akan mati juga. Akronim RACE merupakan metode yang sering digunakan untuk menghindari kepanikan sehingga tim dapat bekerja secara cepat dan tanggap dalam kejadian kebakaran di lingkungan kerja (Clarke, 2012).

R: Rescue anyone who is in immediate danger (selamatkan semua orang secara cepat)

A: Activate the fire alarm (aktivasi alarm kebakaran)

C: Contain the fire if possible smoke by closing doors and windows if practicable (tutup pintu dan jendela jika memungkinkan)

E: Evacuate from the area (evakuasi segera ke area yang lebih aman)

9.5 Perencanaan dan Implementasi dalam Hazard Asuhan Keperawatan

Untuk mencegah terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja, setiap perusahaan (termasuk rumah sakit) yang memiliki tenaga kerja lebih dari 100 orang dan memiliki risiko besar terhadap kecelakaan dan penyakit akibat kerja wajib menerapkan program Keselamatan dan Kesehatan Kerja (Permenaker No. 5 Tahun 1996).

1. Gunakan sepatu khusus untuk perawat (non-slip)
2. Memegang objek yang tajam dengan sangat hati-hati; jika perlu gunakan jarum safety.
3. Memasang pemutus arus bawah tanah (oleh tenaga ahli).
4. Patuhi semua petunjuk keselamatan mengenai pemasangan dan pemeriksaan berkala pada peralatan medis listrik.
5. Memakai dosimeter radiasi saat terekspos oleh radiasi; mematuhi instruksi untuk mengurangi paparan hingga paparan minimal.

6. Memasang Air Condition (AC) disertai ventilasi yang efektif untuk mengurangi heat stress, membuang bau kimia, gas, dan asap.
7. Sediakan botol untuk irigasi mata.
8. Menyediakan sarung tangan non-lateks bagi perawat yang alergi pada sarung tangan lateks.
9. Mematuhi SOP yang tepat dalam pengontrolan infeksi seperti pada darah, cairan tubuh, dan tissue yang infeksius.
10. Secara rutin menggunakan APD (sarung tangan, goggles, face shield, dan gown).
11. Mencuci tangan dan anggota tubuh lain yang terpapar atau kontak dengan darah dan cairan tubuh pasien.
12. Mengikuti prosedur yang tepat dalam memegang dan mengoperasikan instrumen yang tajam, seperti jarum.
13. Menyiapkan instrumen untuk mengangkat pasien dan barang pasien.
14. Tenaga SDM harus selalu siap untuk memberi konseling pada perawat yang mengalami post traumatic stress syndrome (PTSD).

9.6 Evaluasi Hazard dan Risiko dalam Asuhan Keperawatan

Mubarak (2015) menjelaskan bahwa Evaluasi hazard dan risiko dalam asuhan keperawatan dilakukan berdasarkan manajemen risiko. Manajemen hazard dan risiko adalah proses yang mengidentifikasi, menganalisis, dan menangani potensi bahaya dalam pengaturan tertentu, khususnya dalam asuhan keperawatan. Manajemen evaluasi hazard dan risiko terdiri dari empat elemen terkait, yaitu administrasi, pencegahan, evaluasi, dan dokumentasi.

Agar lebih efektif dalam pengaturan rumah sakit, manajemen risiko melibatkan pendekatan multidisiplin dan proaktif.

1. Administrasi

Peraturan, rekomendasi, pedoman dan undang-undang harus ditegakkan untuk mencegah konsekuensi bencana dari bahaya kerja. Kebijakan dan prosedur harus didokumentasikan, ditinjau secara

berkala, dan diperbarui sebagaimana mestinya. Pakaian pelindung dan peralatan keselamatan harus tersedia bagi perawat sebagaimana mestinya. Alat-alat monitoring harus digunakan di semua lokasi berbahaya seperti yang direkomendasikan oleh badan regulasi keselamatan. Pelayanan kesehatan pada perawat harus meliputi imunisasi hingga cedera atau kecelakaan kerja (Johnson, 2000).

2. Preventif

Program pelatihan perawat harus dilakukan secara berkala untuk memberi informasi dan sosialisasi kepada perawat tentang bahaya dan tindakan pengamanan. Perawat harus beri informasi mengenai cara menggunakan dan merawat peralatan baru sebelum digunakan. Perawat harus mengetahui lokasi dan penggunaan peralatan darurat seperti alat pemadam kebakaran dan katup penutup. Perawat harus memakai APD sebagaimana mestinya. Pemeliharaan preventif rutin harus disediakan untuk semua peralatan yang berpotensi berbahaya (Johnson, 2000).

3. Evaluasi

Peralatan yang rusak atau tidak berfungsi harus segera berhenti beroperasi untuk mencegah kecelakaan bagi pasien dan operator. Segala bentuk cedera harus dilaporkan, dengan perhatian medis dicari, sesegera mungkin. Kondisi tidak aman harus dilaporkan. Segala bentuk cedera harus dilaporkan, dengan perhatian medis dicari, sesegera mungkin. Kondisi tidak aman harus dilaporkan (Johnson, 2000).

4. Dokumentasi

Catat semua informasi tentang peralatan di unit THT, Teater, ICU, dan lain sebagainya. Program orientasi yang direncanakan dengan baik untuk staf atau perawat yang baru dipekerjakan di MCU dan OK harus diselenggarakan. Laporan insiden mengenai cedera pada pemberi perawatan kesehatan dan pasien harus diajukan sesuai dengan prosedur fasilitas (Johnson, 2000).

Salah satu kesalahan pada saat melakukan evaluasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dapat mengakibatkan pendokumentasian Asuhan Keperawatan

yang kurang data yang sudah dilakukan oleh perawat. Terkadang perawat lupa melakukan konfirmasi terhadap dokumentasi asuhan keperawatan, sehingga yang tertulis atau yang telah dilaksanakan oleh perawat kepada pasiennya tidak ada dalam dokumentasi asuhan keperawatan.

Daftar Pustaka

- 21 PMK No. 1691 ttg Keselamatan Pasien Rumah Sakit.pdf (no date). Available at: <http://bprs.kemkes.go.id/v1/uploads/pdf/files/peraturan/21%20PMK%20No.%201691%20ttg%20Keselamatan%20Pasien%20Rumah%20Sakit.pdf> (Accessed: 8 October 2021).
- Ahmad, A. C. (2016). Hazard identification, risk assessment, and risk control (HIRARC) accidents at power plant. *Matec Web of Conferences*, hal. 1-6.
- Allen, carol Vestal. (1998). *Memahami Proses keperawatan dengan pendekatan latihan*, alih bahasa Cristantie Effendy. Jakarta : EGC
- Anderson, O. et al. (2013) 'Surgical adverse events: A systematic review', *American Journal of Surgery*, 206(2), pp. 253–262. doi: 10.1016/j.amjsurg.2012.11.009.
- Aravind, M. Chung, K. C. (2009). Evidence-based medicine and hospital reform: Tracing origins back to Florence Nightingale. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 125, 403–409 (Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19910854>).
- Barghouthi, E. a D. and Imam, A. (2018) 'Patient Satisfaction: Comparative Study between Joint Commission International Accredited and Non-accredited Palestinian Hospitals', *Health Science Journal*, 12(1), pp. 1–7. doi: 10.21767/1791-809x.1000547.

- Batista, J., Drehmer, E. and Cruz, D. A. (2020) 'Implementation and performance of trackers for the detection of surgical adverse event', *Texto & Contexto Enfermagem*, pp. 1–12.
- Bea, I. F., Pasinringi, S.A., Noo, N. B. (2013). *Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanudin Tahun 2013*.
- Bevea, S. C., Slattery, M. J. (2013). Historical perspectives on evidence-based nursing. *Nursing Science* 152-155 [Dikutip dari) <http://nsq.sagepub.com/content/26/2/152.abstract>.
- Bianchi, F. P. et al. (2020) 'Compliance with immunization and a biological risk assessment of health care workers as part of an occupational health surveillance program: The experience of a university hospital in southern Italy', *American Journal of Infection Control*, 48(4), pp. 368–374. doi: 10.1016/j.ajic.2019.09.024.
- Briggs, Rzepnicki, T. L. (2004). *Using evidence in social work practice: Behavioral Perspectives* (pp.3-19). Lyceum Books.
- Brownson, R.C., Baker, E. A., Leet ,T. L., Gillespie, K. N. (2002) *Evidence Based Public Health* 97:1900-7
- Budihardjo, A. (2008) 'Pentingnya Safety Culture Di Rumah Sakit: Upaya Meminimalkan Adverse Events', *Integritas - Jurnal Manajemen Bisnis*, 1(Mei), p. 53.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., Wagner, C. M. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC) 6th Ed.* St. Louis, Missouri: Elsevier.
- camcah_04a_ps_all_current.pdf (no date). Available at: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/ps-chapters/camcah_04a_ps_all_current.pdf (Accessed: 12 October 2021).
- Canadian Nurses Association (2002). Evidence-based decision making and nursing practice. 2002 (Dikutip dari) https://www.nurseone.ca/~media/nurseone/page-content/pdf-en/ps63_evidence_based_decision_making_nursing_practice_e.pdf?la=en.
- Canadian Nurses Association (2002). Evidence-based decision making and nursing practice. 2002 (Dikutip dari) http://www.nanb.nb.ca/PDF/CNA-Evidence_Informed_Decision_Making_and_Nursing_Practice_E.pdf.

- Carayon, P. et al. (2006) 'Work system design for patient safety: the SEIPS model', *BMJ Quality & Safety*, 15(suppl 1), pp. i50–i58. doi:10.1136/qshc.2005.015842.
- Carbo, A.R. and Weingart, S.N. (2012) 'Chapter 6. Principles of Patient Safety', in McKean, S.C. et al. (eds) *Principles and Practice of Hospital Medicine*. New York, NY: The McGraw-Hill Companies. Available at: accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=56191329 (Accessed: 7 October 2021).
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1, 13-24 (Dikutip dari http://journals.lww.com/advancesinnursingscience/Citation/1978/10000/Fundamental_Patterns_of_Knowing_in_Nursing_.4.aspx).
- Carthey, J. and Clarke, J. (2010) *Implementing Human Factors in Healthcare: 'How to' Guide*. E-Book Patient Safety First.
- Che Huei, L. et al. (2020) 'Occupational health and safety hazards faced by healthcare professionals in Taiwan: A systematic review of risk factors and control strategies', *SAGE Open Medicine*, 8, p. 205031212091899. doi: 10.1177/2050312120918999.
- Chirico, F. et al. (2019) 'Psychosocial risk prevention in a global occupational health perspective. A descriptive analysis', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(14). doi: 10.3390/ijerph16142470.
- Clarke, J. R., & Bruley, M. E. (2012). Surgical fires: trends associated with prevention efforts. *Pennsylvania Patient Safety Advisory*, 9(4), hal. 130-134.
- defn-system.pdf (no date). Available at: <https://managementhelp.org/systems/defn-system.pdf> (Accessed: 11 October 2021).
- Demirel, A. (2019) 'Improvement of hand hygiene compliance in a private hospital using the Plan-Do-Check-Act (PDCA) method', *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 35(3), pp. 721–725. doi: 10.12669/pjms.35.3.6.
- Depkes RI. (1991). *Pedoman uraian tugas tenaga keperawatan dirumah sakit*, Jakarta.:Depkes RI

- Doran, D. M., Haynes, B., Kushniruk, A., Straus, S., Grimshaw, J., McGillis, L., Jedras, D. (2010). Supporting evidence-based practice for nurses through information technologies. *Nursing* 7, 4-15 (Dikutip dari http://www.nurseone-in-fusion.ca/docs/nurseone/knowledgefeature/eidm/supporting_evidence-based_practice_for_nurses_through_information_technologies.pdf).
- Eizenberg., M. M. (2010). Implementation of Evidence-based nursing practice: nurses' personal and professional factors? Diakses dari Departemen of Health System Manafement Yezreeel Valley College, Israel.
- Emanuel, L. et al. (2008) 'What Exactly Is Patient Safety?', in Henriksen, K. et al. (eds) *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches* (Vol. 1: Assessment). Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (Advances in Patient Safety). Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43629/> (Accessed: 7 October 2021).
- Emslie S, Knox K, Pickstone M, (2002). *Improving Patient Safety : Insights from American, Australian and British healthcare*. United Kingdom : ECRL.
- Farkhati, M. Y., Rochmad, W. F. and Oktariani, S. (2019) *Survey Budaya Keselamatan Pasien Sebagai Modal Dasar Peningkatan Mutu dan keselamatan Pasien Di RSUP DR. Soeradji Tirtonegoro Klaten*. Available at: <https://rsupsoeradji.id/survey-budaya-keselamatan-pasien/>.
- Forbes, A. (2009). Clinical intervention research in nursing. *International jouenal of nursing studies*, 46(4), 557-68. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.08.12
- Fouka, G., Maruanna, M. (2011). What are the Major Ethical Issues in Conducting Research? Is there a Conflict between the Reseach Ethics and the Nature of Nursing? *Health Science Hournal*, 5(1), 3-14
- French, P. (1999). The development of evidence-based nursing. *Journal of Advenced Nursing*, 29, 72-78 (Dikutip dari https://www.nurseone.ca/docs/NurseOne/KnowledgeFeature/EIDM/Implementation_of_evidence-based_nursing_practice-nurses'_personal_and_professional_factors.pdf).
- Galt, K.A., Paschal, K.A. and Gleason, J.M. (no date) 'Key Concepts in Patient Safety', p. 16.

- Gunawan, Widodo, F. Y. and Harijanto, T. (2015) 'Analisis Rendahnya Laporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit', *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28(2), pp. 206–213. Available at: <https://jkb.ub.ac.id/index.php/jkb/article/view/962/479>.
- Guyatt, G., Rennie, D. (2002). *Users guides: essentials of evidence-based clinical practice*. Chicago, IL: American Medical Association, 2002.
- Hakim, L. and Pudjirahardjo, W. J. (2014) 'Optimalisasi Proses Koordinasi Program Keselamatan Pasien (Patient Safety) Di Rumah Sakit X Surabaya Optimization of Coordinating Process of Patient Safety Program in Hospital X Surabaya', *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 2(3), pp. 198–208. Available at: journal.unair.ac.id/download-fullpapers-jaki3404f1d0abfull.pdf.
- Harahap, Y.W. (2019). Hubungan kemampuan supervisi kepala ruangan dengan pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. *Jurnal Keperawatan dan Fisioterapi (JKF)*. Vol. 1 No.2.
- Haynes, R. B. (2006). Studies, syntheses, synopses, summaries and systems: the "5S" evolution of services for evidence-based health care decisions. *ACP J Club*. 2006 Nov-Dec; 145(3):A8-9.
- Hickmanm L.D., Kelly, H., Phillips, J. L. (2014). EVITEACH: A study exploring ways to optimise the uptake of evidence-based practice to undergraduate nurses. *Nurse Education in Practice*, 14, 598-604 (Dikutip dari) http://ac.elscdn.com/S1471595314000808/1-s2.0-S1471595314000808-main.pdf?_tid=c9c97be2-2a6b-11e5-805a-00000aab0f02&acdnat=1436907994_16d7136d05efa987904edd2ceabd3bcb.
- How to Ensure Patient Safety in a Healthcare Setting (2018) Regis College Online. Available at: <https://online.regiscollege.edu/blog/7-tips-ensuring-patient-safety-healthcare-settings/> (Accessed: 12 October 2021).
- Indarwati, Retno. (2017). Asuhan Keperawatan Keselamatan dan Kesehatan Kerja. (online)<http://ners.unair.ac.id/materikuliaah/Asuhan%20Keperawatan%20Kesehatan%20Kerja.pdf> diakses tanggal 5 Juli 2019

- International Council of Nurses (2012). Closing the gap: From evidence to action. (Dikutip dari) <http://www.icn.ch/publications/2012-closing-the-gap-from-evidence-to-action/>.
- Jette, D. U., Bacon, K., Batty, C., Ferland, A., Hemingway, R. D., Hill, J. C., Volk, D. (2003). Research Report Evidence-Based Practice: Beliefs, Attitudes, Knowledge, and Behaviors. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 83, 786-805.
- Johnson RW (2000) Risk management by risk magnitudes. Unwin Company Integrated Risk Management, pp. 1-2.
- Johnson, M., Jefferies, D. & Langdon, R.(2010). The Nursing and Midwifery Content Audit Tool (NMCAT): A Short Nursing Documentation Audit Tool. *Journal of Nursing Management*, 18, 832-845. From https://www.researchgate.net/publication/47427859_The_Nursing_and_Midwifery_Content
- Jones, J. R., Barlett. (2004) Theory into practice. *Nursing Standard*, 27 (19), 61.
- Joshua R. (2017). "A Review on Occupational Health Hazards and its Consequences among Nurses," *International Journal of Nursing Research and Practice (IJNRP)*, hal. 32-33
- Kable, A. K., Gibberd, R. W. and Spigelman, A. D. (2002) 'Adverse events in surgical patients in Australia', *International Journal for Quality in Health Care*, 14(4), pp. 269–276. doi: 10.1093/intqhc/14.4.269.
- Kalejaiye PO (2013) Occupational health and safety issues; challenges and compensation in Nigeria. *Peak Journal Public Health and Management*(1), hal. 16-23.
- Kalisch, P. A., Kalisch, B. J. (1986). *The advance of American nursing*. Boston, MA: Littele, Broen and Company.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia (2015). *Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*, Edisi III. Bakti Husada. Jakarta.
- Kementrian Kesehatan RI (2020) *Tata Cara Pelaporan Kejadian Tidak Diinginkan (KTD) Alat Kesehatan*.
- Kemeterian Kesehatan (2018) *Instrumen Survei Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit*, Ed 1: Komisi Akreditasi Rumah Sakit

- Ki, H. K. et al. (2019) 'Risk of transmission via medical employees and importance of routine infection-prevention policy in a nosocomial outbreak of Middle East respiratory syndrome (MERS): a descriptive analysis from a tertiary care hospital in South Korea', *BMC pulmonary medicine*, 19(1), p. 190. doi: 10.1186/s12890-019-0940-5.
- KKPRS. (2015). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (Patient Safety Incident Report)*. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). Bakti Husada. Jakarta.
- Kozier, Barbara. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan; Konsep, Proses dan Praktik edisi 7 Volume*. Jakarta: EGC
- Kozier. (2010). *Buku Ajar Praktik Keperawatan Klinis. Edisi 5*. Jakarta : EGC
- Lambert, A. (2011). *The Crimean war*. BBC history. (Dikutip dari http://www.bbc.co.uk/history/british/victorians/crimea_01.shtml).
- Lim, F. (2011). *Why Florence Nightingale still matters*. *Nursing 2011 Critical Care*, 6, 46-47.
- Liu, H. C., Cheng, Y. and Ho, J. J. (2020) 'Associations of ergonomic and psychosocial work hazards with musculoskeletal disorders of specific body parts: A study of general employees in Taiwan', *International Journal of Industrial Ergonomics*, 76(17), p. 102935. doi: 10.1016/j.ergon.2020.102935.
- Liu, X. et al. (2019) 'Chemical characteristics, sources apportionment, and risk assessment of pm2.5 in different functional areas of an emerging megacity in China', *Aerosol and Air Quality Research*, 19(10), pp. 2222–2238. doi: 10.4209/aaqr.2019.02.0076.
- Lowe, B. D., Dempsey, P. G. and Jones, E. M. (2019) 'Ergonomics assessment methods used by ergonomics professionals', *Applied Ergonomics*, 81(June), p. 102882. doi: 10.1016/j.apergo.2019.102882.
- M. Ramdan, Iwan. (2018). *Analisis Risiko Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) pada Perawat*. (online) https://www.researchgate.net/publication/323633078_Analisis_Risiko_Kesehatan_dan_Keselamatan_Kerja_K3_pada_Perawat diakses tanggal 5 Juli 2019

- MANAJEMEN-KESELAMATAN-PASIEN-Final-DAFIS.pdf' (no date). Available at: <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/MANAJEMEN-KESELAMATAN-PASIEN-Final-DAFIS.pdf> (Accessed: 26 September 2021).
- Mandriani, E., Hardisman and Yetty, H. (2019) 'Analisis Dimensi Budaya Keselamatan Pasien Oleh Petugas Kesehatan di RSUD dr Rasidin Padang Tahun 2018', *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(1), pp. 131–137. Available at: <http://jurnal.fk.unand.ac.id/index.php/jka/article/view/981/857>.
- Mantzoukas, S. (2007). A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: Levelling the hierarchy. *Journal of Clinical Nursing*, 17,214-223. (Dikutip dari) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17419779>
- McDonald, L. (2001). Florence Nightingale and the early origins of evidence-based practice nursing. *Nursing* 4, 68.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633-642.
- Mehrparvar, A. H. et al. (2014) 'Ergonomic intervention, workplace exercises and musculoskeletal complaints: A comparative study', *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 28(69), pp. 1–8.
- Melynck, B. M., Fineout-Overholt, E. (2015). "Box 1.3: Rating system for the hierarchy of evidence for intervention/treatment questions" in *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice* (3rd ed.) (pp.11). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health.
- Melynck, B., Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing and health care: a guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melynck, B., Fineout-Overholt, E. (2010). *Evidence-based practice in nursing and health care: a guide to best practice*. 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melynck, B., Fineout-Overholt, E., Feinstein, N. F., Li, H., Small, L., Wilcox, L., Kraus, R. (2004). Nurses' perceived knowledge, beliefs, skills, and needs regarding evidence-based practice: implications for accelerating the paradigm shift.

- Moelek, N, F. and Ekatjahjana, W. (2017) Peratutar Menteri Kesehatan Tepublik Indonesia Nomor 11 Thaun 2017 Tentang Keselamatn Pasien. Indonesia. Available at: <https://jdih.baliprov.go.id/uploads/produk-hukum/peraturan/2017/PERMENKES/permenkes-11-2017.pdf>.
- Mossburg, S. et al. (2019) 'Occupational hazards among healthcare workers in africa: A systematic review', *Annals of Global Health*, 85(1), pp. 1–13. doi: 10.5334/aogh.2434.
- Mubarak, W. I (2015) "Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar," Salemba Medika, 1, hal. 119.
- Munten, G., Bogaard, J. Van Den, Cox, K., Garretsen, H., Bongers., I. (2010). Implementation of Evidence-Based Practice in Nursing using action Research: A review, 135-158.
- Nadzibillah, (2019). Peranan K3 (Keselamatan dan Kesehatan Kerja) di Rumah Sakit (online), available: <https://www.indonesiasafetycenter.org/peranan-k3-di-rumah-sakit> diakses tanggal 5 Juli 2019, 14.05 WITA
- Najjihah (2018) 'Budaya keselamatan pasien dan insiden keselamatan pasien di rumah sakit: literature review. Journal', *Journal of Islamic Nursing*, 3(1), pp. 1–8.
- National Health Service (NHS). (2015). Public Administration Select Committee: Investigating Clinical Insidents in the NHS. London: The Stationary Office.
- Neale, G., Woloshynowych, M. and Vincent, C. (2001) 'Exploring the causes of adverse events in NHS hospital practice', *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94(7), pp. 322–330. doi: 10.1177/014107680109400702.
- Nightingale, F. (1970). Notes on nursing. Great Britain: Brandon Systems.
- Njage, P. M. K., Leekitcharoenphon, P. and Hald, T. (2019) 'Improving hazard characterization in microbial risk assessment using next generation sequencing data and machine learning: Predicting clinical outcomes in shigatoxigenic *Escherichia coli*', *International Journal of Food Microbiology*, 292(December 2018), pp. 72–82. doi: 10.1016/j.ijfoodmicro.2018.11.016.

- Nursery and Champaca, S. M. (2018) 'Pelaksanaan Enam Sasaran Keselamatan Pasien Oleh Perawat Dalam Mencegah Adverse Event Di Rumah Sakit', *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (Jksi)*, (Vol 3 No 2 (2018): *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (JKSI)*), pp. 1–10.
- Patient safety (no date). Available at: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/patient-safety> (Accessed: 26 September 2021).
- Pellegrino, J. W. (2004) *The evolution of educational assessment: Considering the past and imagining the future*. Educational Testing Service, Policy Evaluation and Research Center, Policy
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11/MENKES/PER/II/2017 Tentang Keselamatan Pasien Rumah sakit.
- Peraturan Menteri Tenaga Kerja Nomor : PER.05/MEN/1996 Tentang Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja.
- Perry & Potter (2010) *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pham Julius Cuong, Carolyn Hoffman, Ioana Popescu, O Mayowa Ijagbemi, Kathryn A Carson (2016). Risk Assessment and Event Analysis. A Tool for the Concise Analysis of Patient Safety Incident. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 42(1), 26–33, AP1– AP3. [https://doi.org/10.1016/S15537250\(16\)42003-9](https://doi.org/10.1016/S15537250(16)42003-9)
- Pick, A., Berry, S., Gilbert, K., McCaul, J. (2013). Informed consent in clinical research. *Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain): 1987)*, 27 (49),44-47. (Dikutip dari <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24256527>
- Polit, D. F., Beck, C. T., (2004). *Nursing research: Principles and Methods*. (M. Zuccarini, Ed). 7th Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prayitno, dkk. (2017). Resiko dan Hazard dalam Pengkajian. Diakses pada tanggal 24 Oktober 2018, from
- Presentation of patient safety concept-format.pdf' (no date).
- ProPublica, M.A. (2013) 'How Many Die From Medical Mistakes In U.S. Hospitals?', NPR, 20 September. Available at: <https://www.npr.org/sections/health-shots/2013/09/20/224507654/how->

- many-die-from-medical-mistakes-in-u-s-hospitals (Accessed: 6 October 2021).
- Purba, C. F. (2020) 'Dampak adverse events bagi keselamatan pasien'.
- Putri, T. E. R. (2017). Resiko dan Hazard dalam Implementasi. Diakses pada tanggal 2 November 2018, from
- Rabinskiy, L. N., Tushavina, O. V. and Starovoitov, E. I. (2020) 'Study of thermal effects of electromagnetic radiation on the environment from space rocket activity', *INCAS Bulletin*, 12(Special Issue), pp. 141–148. doi: 10.13111/2066-8201.2020.12.S.13.
- Raman, J. (2015) Mobile rechnology in nirsing education: where do we go from here? A review of the literature. *Nurse education in today*, 35, 663-372. (Dikutip dari) [http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917\(15\)00049-0/pdf](http://www.nurseeducationtoday.com/article/S0260-6917(15)00049-0/pdf).
- Report for the international evaluation of the Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) (2014) Development of occupational safety and health work at the work place. Finnish Institute of Occupational Health.
- Republik Indonesia. Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor Per.13/Men/X/2011 Tahun 2011 Tentang Nilai Ambang Batas Faktor Fisika dan Faktor Kimia di Tempat Kerja
- Rosswurm, M. A., Larrave, J. H., (1999) A Model for change to Evidence-based Practice. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 31, 317-322. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00510.x>
- Rycroft-Malone, J. Seers, K., Titchen, A., Harvey, A., McCommack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advance Nursing*, 47, 81-90. (Dikutip dari) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15186471>.
- Sackett, D., Rosenberg, W. M., Muir, G. J. A., Haynes, R. B., Richardson, W. S. (1996). Evidence-based medicine: What it and what it is not. *British Medical Journal*, 312, 71-72. (Dikutip dari) <http://www.bmj.com/content/312/7023/71>.
- Safety and quality of health care (no date) Australian Institute of Health and Welfare. Available at: <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/safety-and-quality-of-health-care> (Accessed: 14 October 2021).

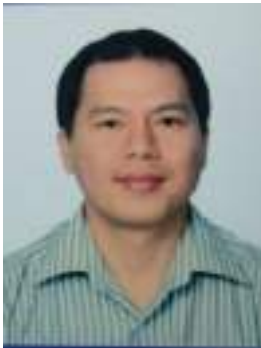
- Selanders, L. C., Crane, P. C. (2012). The voice of Florence Nightingale on advocacy. *Online Journal of Issues in Nursing*, 17.
- Sembiring, S. U., Novayelinda, R. and Nauli, F. A. (2015) 'Perbandingan respon nyeri anak usia toddler dan prasekolah yang dilakukan prosedur invasif', *JOM*, 2(2).
- Setyani, M. D. (2016). Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap RSUD Kabupaten Tangerang. *JKFT*, (2), 59–69.
- Simamora, R. H. (2019) 'Documentation of patient Identification into the Electronic system to Improve the quality of Nursing Services', *International Journal of scientific & technology Research*, pp. 1884–1886.
- Simamora, R.H. (2012). *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Simamora, Roymond H. (2009). *Buku Ajar Pendidikan dalam Keperawatan Jakarta: EGC*
- Simamora, Roymond H. (2015). Hubungan Persepsi Mahasiswa terhadap Pembelajaran Klinik Pendidikan Ners dengan Pengetahuan dan Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan. *Jurnal Riset Keperawatan Indonesia*.
- Simamora, Roymond H., dan Butar-butur, J. (2016). Hubungan Mutu Pelayanan Keperawatan dengan Tingkat Kepuasan Pasien Rawat Inap di RSUD Pandan Kabupaten Tapanuli Tengah. *Jurnal Ners Indonesia*.
- Simamora, Roymond H., Setiawan. (2017). Pengembangan Kompetensi Perawat Pelaksana Ruang Rawat Inap dalam Manajemen Pelayanan Pasien Melalui Pelatihan Penerimaan Pasien Berbasis Caring. *Jurnal Riset Keperawatan Indonesia*
- Smedley, J., Trevelyan, F., Inskip, H., Buckle, P., Cooper, C., & Coggon, D. (2003). Impact of ergonomic intervention on back pain among nurses. *Scandinavian Journal of Work, Environment, and Health*, 29(2), 117–123.
- Soehatman Ramli, (2010). *Pedoman Praktis MANAJEMEN RISIKO dalam Perspektif K3 OHS Risk Management*. Jakarta : PT. Dian Rakyat

- Stevens, K. (2013). The Impact of Evidence-Based Practice in Nursing and the Next Big Ideas. *OJIN: THE Online Journal of Issues in Nursing*. Vol 18, No. 2, Manuscript 4.
- Stokke, K., Olsen, N. R., Espehaug, B., Nortvedt, M. W. (2014). Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study. *BMC nursing*, 13(1), 8. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-8>
- Sullivan-Marx, E. M. (2006). Directions for development of nursing knowledge. *Politics & Nursing Practice*, 7, 164-168/.
- Summak, M. S., Samancioğlu, M., Bağlibel, M. (2010) Technology integration and assessment in educational settings.
- Sundstrup, E. et al. (2020) 'A Systematic Review of Workplace Interventions to Rehabilitate Musculoskeletal Disorders Among Employees with Physical Demanding Work', *Journal of Occupational Rehabilitation*, 30(4), pp. 588–612. doi: 10.1007/s10926-020-09879-x.
- Suryabrata, Sumadi. (2006). *Psikologi Pendidikan*. Jakarta. Raja Grafindo
- Suryanto, D. T. F. (2018) **HUBUNGAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DENGAN PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN OLEH PERAWAT DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT**. Universitas Sumatera Utara.
- Sutanto, H. (2015). *Analisis Implementasi keselamatan Pasien Rumah sakit Umum Deli Medan*. Medan : Universitas Sumatra Utara.
- Swuste, P. et al. (2020) 'Occupational safety and safety management between 1988 and 2010: Review of safety literature in English and Dutch language scientific literature', *Safety Science*, 121(May 2019), pp. 303–318. doi: 10.1016/j.ssci.2019.08.032.
- Teixeira, L. R. et al. (2019) 'WHO/ILO work-related burden of disease and injury: Protocol for systematic reviews of exposure to occupational noise and of the effect of exposure to occupational noise on cardiovascular disease', *Environment International*, 125(September 2018), pp. 567–578. doi: 10.1016/j.envint.2018.09.040.
- Teo, S. T. T., Bentley, T. and Nguyen, D. (2020) 'Psychosocial work environment, work engagement, and employee commitment: A

- moderated, mediation model', *International Journal of Hospitality Management*, 88(October), p. 102415. doi: 10.1016/j.ijhm.2019.102415.
- Theo Duarte da Costa, Viviane Euzébia Pereira Santos, Marcos Antônio Ferreira Junior , Alynne Fortes Vitor, Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvador, Kisna Yasmin Andrade Alves (2017). Evaluation procedure in healt: perspective of nursing care in patien safety. *Applied Nursing Research*, 18. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.02.015>
- Tikkanen, O. and Pesola, A. J. (2019) 'Adverse Health Effects of Sedentary Office Work , Its Costs to Employer , and Prevention with Breaks White Paper', (March 2021).
- titania, E. lismanda (2019) PENINGKATAN PROGRAM PATIENT SAFETY BERDASARKAN 7 PRINSIP MENUJU KESELAMATAN PASIEN DIRUMAH SAKIT. preprint. Open Science Framework. doi:10.31219/osf.io/eztq8.
- Titler, M. G. (2008). Evidence-based practice. In LoBiondo-Wood G, Haber J (eds): *Nursing reasearch*, ed. 5. St. Louis, Mosby-Year Book, in press.
- To-Err-is-Human-1999--report-brief.pdf (no date). Available at: <https://www.nap.edu/resource/9728/To-Err-is-Human-1999--report-brief.pdf> (Accessed: 6 October 2021).
- Trisnantoro, L. and Probowo, F. W. (2019) 'Pelayanan Kesehatan yang Masih Jauh dari Layak'. Yogyakarta: Jaringan Kebijakan Kesehatan Indonesia. Available at: <https://kebijakankesehatanindonesia.net/tentang-kki/hubungi-kami>.
- Ulpah. (2018). Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) (online). Available <https://www.slideshare.net/muthmainnahislam/k3-keperawatan>. Diakses tanggal 9 Juli 2019 pukul 18.15 wita
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
- Waehrer, G., Leigh, J., & Miller, T. (2005). Costs of occupational injury and illness within the health services sector. *International Journal of Health Services*, 35(2), 342-359.
- Wallen, G. R., Mitchell, S. A. (2011). Implementing evidence-based practice: effectiveness of a structured multifaceted menthorship programme.

- Journal of Advanced Nursing, 66(12), 2761-2771. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05442.x.Implementing
- Wandini, R. and Resandi, R. (2020) 'Pemberian tehnik distraksi menonton kartun animasi untuk menurunkan tingkat nyeri prosedur invasif pada anak', *Holistik Jurnal Kesehatan*, 14(3), pp. 479–485. doi: 10.33024/hjk.v14i3.1708.
- What is system? - Definition from WhatIs.com (no date) SearchWindowsServer. Available at: <https://searchwindowsserver.techtarget.com/definition/system> (Accessed: 11 October 2021).
- WHO (2019) Patient Safety. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>.
- WHO. (2015). Word Alliance For Patient Safety. Forward Program.
- Wianti, A. et al. (2021) 'Kararkteristik dan Budaya Keselamatan Pasien terhadap Insiden Keselamatan Pasien', *Jurnal Keperawatan Silampari*, 5(1), pp. 12–26. doi: <https://doi.org/10.31539/jks.v5i1.2587>.
- Widiasari, W., Handiyani, H. and Novieastari, E. (2019) 'Kepuasan Pasien Terhadap Penerapan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit', *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 22(1), pp. 43–52. doi: 10.7454/jki.v22i1.615.
- Wilding, B. C., Curtis, K., & Welker-Hood, L. K. (2009). Hazardous chemicals in health care.
- Wilkinsin, J. E., Nurs, B. A., Nutley, S. M., Davies, H. T. O. (2011). An Exploration of the Roles of Nurse Managers in Evidence-Based Practice Implementation. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 4. 236-246. doi:10.1111/j.1741-6787.2011.00225.x
- World Health Organization (2021) Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343477> (Accessed: 20 September 2021).

Biodata Penulis



Reagen Jimmy Mandias dilahirkan di Tondano, pada 5 November 1980. Ia merupakan lulusan Adventist University of the Phillipines. Pria yang akrab dipanggil Reagen merupakan dosen di Fakultas Keperawatan Universitas Klabat Manado dan merupakan perawat yang bukan saja aktif mengajar mahasiswa, tapi senang dengan kegiatan-kegiatan kemanusiaan.



Dr. Sedia Simbolon, MAN. Lahir di Samosir pada tanggal 6 April 1961. Menyelesaikan pendidikan BSc tahun 1985 dari Universitas Advent Indonesia. Pendidikan Master of Art in Nursing Administration dari Adventist International Institute of Advanced Studies (AIAS) Philippine tahun 1999, dan menyelesaikan Pendidikan S3 manajemen Keperawatan dari Universitas Indonesia (UI) pada tahun 2018. Tahun 1986 – 2004 bekerja di Rumah

Sakit PT. Caltex Pacific Indonesia Pekanbaru. Posisi terakhir sebagai HES Spesialis, dan kemudian tahun 2004 – 2006 mengajar di Akademi Keperawatan dan Kebidanan Dharma Husada Pekanbaru, Tahun 2007 mengajar di STIKES Achmad Yani Cimahi dengan posisi sebagai Kaprodi Profesi Ners, tahun 2008-2010 mengajar di Akademi Keperawatan Pematangsiantar dengan posisi sebagai Direktur, tahun 2011 – 2015 sebagai dosen di Fakultas Ilmu Keperawatan di Universitas Pelita Harapan (UPH), dan tahun 2019-sekarang sebagai Pimpinan Perguruan Tinggi Advent Surya Nusantara, dan merangkap sebagai Direktur Akademi Keperawatan Surya Nusantara. Penulis aktif di organisasi Profesi (PPNI) sejak tahun 1986 sampai sekarang, dan telah mempunyai publikasi di jurnal terindeks scopus dan Sinta 1, juga beberapa

artikel di jurnal nasional ber ISSN. Juga aktif dalam mengikuti International Nursing Conference.



Novita Verayanti Manalu, S.Kep., Ners., M. A. N. Lahir di Palembang, 3 November 1977, menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan tahun 1999 dan S1 Keperawatan tahun 2001 dari Universitas Advent Indonesia, serta S2 Keperawatan tahun 2009 dari Philippine Women's University. Pengalaman bekerja sebagai staf Instalasi Gawat Darurat RS. Advent Bandung, lalu menjadi Dosen FIK di Universitas Advent Indonesia hingga saat ini. Penulis aktif dalam melaksanakan Tridharma Perguruan Tinggi dan menjadi Pengurus DPW Indonesian

Wound Ostomy Continence PPNI Lampung, serta anggota penelaah Komite Etik Penelitian Kesehatan UNAI Bandung.



Yunus Elon, S.Kep., Ns., MSN Lahir di Tanah Toraja, Sulawesi selatan 30 Januari 1980. Saat ini bekerja sebagai dosen tetap di Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Advent Indonesia (UNAI) Program Studi Ilmu Keperawatan dan Ners. Selain mengajar juga mendapatkan tanggung jawab sebagai Kepala Biro Kemahasiswaan UNAI. Riwayat Pendidikan: Menyelesaikan Pendidikan D3

Keperawatan tahun 2005, dan Sarjana Keperawatan Tahun 2008 di Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Advent Indonesia. Oktober 2012-Mei 2015 upgrading ke Phillipines untuk program S2 Keperawatan major Adult Health Nursing di Adventist University of the Philippines. Riwayat pekerjaan: 2005-2007 Paramedik di Internasional SOS bertugas di Kaltim Prima Coal, BHP Biliton dan Intenational Prima Coal. Health Care Profider 2007-2008 di Klinik UNAI. Tahun 2008-2012 Koordinator Clinical Instruktur dan Dormitory Dean di Rumah Sakit Advent Bandar Lampung. Tahun 2015-Sekarang, Dosen Fakultas ilmu Keperawatan di Universitas Advent Indonesia, dengan tugas tambahan; Kepala Biro Kemahasiswaan, Koordinator LAB FIK UNAI, dan Kepala Departemen Custodial. Saat ini mengajar mata kuliah; KMB 2 dan 3, Keperawatan Kritis, Keperawatan Emergency, K3 Keperawatan, Issue and

trend dan Kewirausahaan Keperawatan. Penelitian yang dilakukan mencakup bidang KMB sistem kardiovaskular, perkemihan, terapi komplementer, penyakit menular serta penelitian kualitatif. Selain menulis artikel, penulis juga aktif sebagai reviewer di beberapa jurnal yang ada di Bandung, Makasar dan Manado. Penulis juga aktif dalam melakukan pengabdian kepada masyarakat melalui sentra keperawatan di Puskesmas Parongpong serta memberikan penyuluhan kesehatan kepada anggota Gereja Masehi Advent Hari ke Tujuh di Indonesia.



Dr. Janes Jainurakhma, M.Kep., merupakan seorang peneliti, penulis dan dosen profesional dalam pendidikan keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kepanjen-Malang sejak tahun 2013 hingga sekarang. Memiliki motto dalam hidup, "Jangan takut berbeda dengan kebanyakan orang, ciptakan sesuatu yang baru, tidak ada yang tidak mungkin untuk dilakukan jika Allah SWT bersama kita."

Latar belakang pendidikan tinggi: penulis menyelesaikan pendidikan keperawatan di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Malang untuk Program Studi Keperawatan Diploma III (tahun 2004), selanjutnya Program Studi Sarjana Keperawatan ditempuh selama 2 tahun di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Binawan-Jakarta (tahun 2007), pendidikan Magister Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang dan mengambil peminatan Keperawatan Gawat Darurat (tahun 2013). Pendidikan program Doktorat, penulis memilih Program Studi S3 Manajemen Pendidikan di Universitas Negeri Malang pada tahun 2015-2020, dengan harapan dan impian kedepannya mampu memberikan kontribusi positif terhadap pendidikan keperawatan di Indonesia ke arah yang lebih baik dan berdaya saing dengan negara lain di dunia.

Pengalaman penulis di tatanan klinik keperawatan, diantaranya sebagai perawat profesional di RSUD Citra Medika-Sidoarjo (tahun 2004-2005), perawat profesional di Emergency Room-Malik Faisal Hospital- Makkah Al Mukaromah-Ministry of Health of Kingdom Saudi Arabia selama 2 tahun (tahun 2007-2010). Selanjutnya penulis menekuni sebagai dosen pendidikan keperawatan di Indonesia, diantaranya: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bahrul

Ulum-Jombang (tahun 2010-2013) dan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kepanjen-Malang sejak tahun 2013 hingga sekarang. Mata kuliah yang diampu, diantaranya: keperawatan gawat darurat, keperawatan berbasis masyarakat, keperawatan kritis, konsep berfikir kritis dalam keperawatan, patient safety.

Karya buku yang pernah ditulis, dengan judul: Asuhan Keperawatan Sistem Respiratory dengan Pendekatan Klinis; Caring Perawat saat Menghadapi Klien dengan Kondisi Kritis di Ruang Gawat Darurat, Dasar-dasar Keperawatan Penyakit Dalam, Caring Perawat Gawat Darurat; Teori dan Model Keperawatan; Penyesuaian diri: pembelajaran daring di tengah pandemi COVID-19; Dasar-dasar Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam dengan Pendekatan Klinis.



Tri Suwanto lahir di Demak, pada 1 Juni 1980. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Diponegoro Semarang. Pria yang sering disapa tri ini adalah anak dari pasangan H.Subardi dan Hj.Sri suparni Almh. Tri sering mengisi beberapa seminar sesuai seminatan di kampus Universitas Muhammadiyah Kudus.



Siti Latipah lahir di Ciamis, pada 22 Januari 1978. Ia tercatat sebagai lulusan Magister Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) dari FKM Universitas Indonesia serta Magister Keperawatan di Sint Carolus Jakarta. Wanita yang kerap disapa Mimie ini bangga berprofesi sebagai Ibu rumah tangga dan memiliki pekerjaan tambahan sebagai dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tangerang. Kerap ikut serta dalam kegiatan sosial baik yang diselenggarakan di lingkungan internal Universitas Muhammadiyah

Tangerang maupun kegiatan luar lingkungan kampus. Memiliki motto hidup:

Menjalani ketetapan Allah SWT dengan penuh suka cita dan penuh keihlasan. Puncaknya arti cinta adalah Mencintai Allah, lembahnya adalah mencintai makhluk Allah SWT.



Nurhidayah Amir lahir di Pangkep, pada 7 Oktober 1989 dari pasangan M. Amir. T (ayah) dan Kudusia, S.Pd (Ibunda). Memiliki dua orang putri (Ayu Shabrina Aura Marsyah dan Dwi Lestari Pratiwi). Lulus S2 pada Program Studi Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia Timur tahun 2016. Saat ini adalah dosen tetap di Program Studi S-1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jayapura. Selain mengajar Aya juga aktif melakukan penelitian, kegiatan pengabdian kepada masyarakat dan kerap menjadi Narasumber pada berbagai kegiatan yang sesuai dengan bidangnya.



Debilly Yuan Boyoh lahir di Denpasar ,pada 9 Oktober 1970. Ia tercatat sebagai lulusan Sarjana Keperawatan dari Universitas Advent Indonesia dan Magister Keperawatan dari STIKES Jend. Achmad Yani Cimahi.



KESELAMATAN PASIEN DAN KESELAMATAN KESEHATAN KERJA DALAM KEPERAWATAN

Keselamatan pasien sudah menjadi prioritas global dalam sistem pemberian layanan kesehatan karena tidak hanya meningkatkan penyediaan perawatan medis yang berkualitas dan pengobatan, tetapi memberikan perawatan yang paling tepat dan bernilai terbaik, sekaligus menjaga pasien tetap aman dari bahaya yang dapat dicegah. Ketika keselamatan pasien diutamakan dalam suatu fasilitas Kesehatan, itu berarti terjadi peningkatan mutu pelayanan perawatan di fasilitas Kesehatan tersebut.

Buku ini terdiri dari 9 Bab yang membahas tentang:

Bab 1 Prinsip Dan Konsep Keselamatan Pasien

Bab 2 Cara Meningkatkan Keselamatan Pasien Dengan Menggunakan Metode Peningkatan Kualitas

Bab 3 EBP Untuk Peningkatan Keselamatan Pasien

Bab 4 Budaya Dalam Lingkup Kerja Perawat Dalam Peningkatan Keselamatan Pasien

Bab 5 Penyebab Terjadinya Adverse Events Terkait Prosedur Invasif

Bab 6 Pentingnya, Tujuan, Manfaat Dan Etika K3 Dalam Keperawatan

Bab 7 Ruang Lingkup K3 Dalam Keperawatan

Bab 8 Konsep Dasar K3: Sehat, Kesehatan Kerja, Risiko Dan Hazard Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan

Bab 9 Hazard Dan Risiko Dalam Pengkajian, Perencanaan, Implementasi Dan Evaluasi Asuhan Keperawatan



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-342-294-9



9 786233 422949