

SKRIPSI

**GAMBARAN KEPATUHAN PERAWAT DALAM MELAKSANAKAN
PATIENT SAFETY DI LONTARA 3 BEDAH SYARAF
DAN PENYAKIT SYARAF RUMAH SAKIT
DR. WAHIDIN SUDIRO HUSODO MAKASSAR**



Oleh:

**GRADIANA GRASA
C12112652**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2014**

Halaman Persetujuan

**Gambaran Kepatuhan Perawat Dalam Melaksanakan
Patient Safety di Lontara 3 Bedah Syaraf dan Penyakit Syaraf
Rumah Sakit DR. Wahidin Sudiro Husodo Makassar**

Oleh

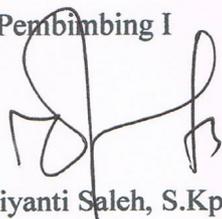
GRADIANA GRASA

C12112652

Disetujui untuk diseminarkan

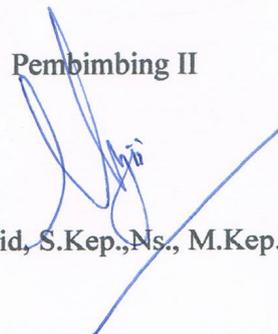
Dosen Pembimbing

Pembimbing I



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes

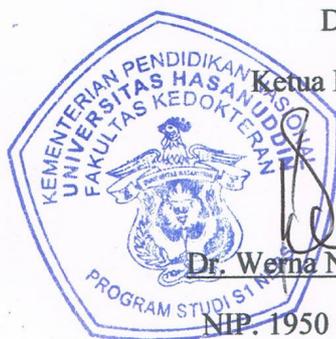
Pembimbing II



Abdul Majid, S.Kep.,Ns., M.Kep.SpKMB

Diketahui,

Ketua Program Studi,



Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep

NIP. 1950 0114 197207 2001

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

**GAMBARAN KEPATUHAN PERAWAT DALAM MELAKSANAKAN
PATIENT SAFETY DI LONTARA 3 BEDAH SYARAF DAN PENYAKIT
SYARAF RUMAH SAKIT DR. WAHIDIN SUDIRO HUSODO
MAKASSAR**

Telah dipertahankan dihadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Pada hari/tanggal : Jum'at ,10 Januari 2014

Pukul : 08.00 – 10.00

Oleh:

GRADIANA GRASA

C12112652

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir:

Penguji I : Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M. Kes

Penguji II : Arnis Puspita, S.Kep.,Ns.,M.Kes

Penguji III : Dr. Ariyanti Saleh S.Kp.,M. Kes

Penguji IV : Abdul Majid, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,SpKMB

Mengetahui:

A.n. Dekan

Wakil Dekan Bidang Akademik
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin,

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran
Universitas Hasanuddin,

Prof. dr.Budu,Ph.D., Sp.M.(K), M. MedEd
NIP. 19661231 199503 1 009

Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep
NIP. 1950 0114 197207 2001

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : GRADIANA GRASA

NIM : C121 126 52

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, Februari 2014

Yang membuat pernyataan,



GRADIANA GRASA

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini dengan judul “Gambaran Kepatuhan Perawat dalam Melaksanakan *Patient Safety* di Lontara 3 Bedah Syaraf dan Penyakit Syaraf Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudiro Husodo Makassar

Dalam menyelesaikan penelitian ini, penulis menyadari bahwa tidak lepas dari bantuan berbagai pihak, baik secara moril maupun materiil. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof.dr.Irawan Yusuf, Ph.D selaku dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
2. Prof.dr.Budu,Ph.D., SpM(K), M.MedEd selaku wakil dekan bidang akademik Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
3. Dr.Werna Nontji, S.Kp., M.Kep selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
4. Dr. Ariyanti Saleh S.Kp.,M. Kes selaku pembimbing I dan Abdul Majid, S.Kep.,Ns.,M.Kep.,SpKMB selaku pembimbing II yang telah banyak membimbing peneliti dalam menyelesaikan penelitian ini.
5. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M. Kes selaku penguji 1 dan Arnis Puspita, S.Kep.,Ns.,M.Kes, selaku penguji II yang telah memberikan arahan dan masukan yang bersifat membangun untuk penyempurnaan penulisan.

6. Direktur utama dan jajaran direksi Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudiro Husodo telah memberi izin untuk meneliti di Rumah Sakit Dr. Wahidin Sudiro Husodo
7. Kepala bidang keperawatan, seksi keperawatan dan khususnya kepala instalasi ruangan Lontara 3 serta perawat ruangan bedah syaraf yang penuh pengertian dan mendukung peneliti dalam menyelesaikan pendidikan.
8. Dosen dan Staff Program Studi Ilmu Keperawatan Unhas yang telah membantu penulis dalam penyelesaian pendidikan di Program Studi Ilmu Keperawatan.
9. Yang tercinta Mama Emilia da Sao dan Margaretha da Sao, atas segala doa dukungannya selama ini.
10. Rekan-rekan Ners B angkatan 2012 yang telah banyak memberi bantuan dan dukungan dalam penyusunan skripsi ini.
11. Semua pihak yang telah membantu dalam rangka penyelesaian skripsi ini, baik secara langsung maupun tidak langsung yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Penyusun menyadari bahwa penelitian ini jauh dari sempurna, untuk itu kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat penyusun harapkan untuk penyempurnaan penulisan selanjutnya. Penyusun juga berharap semoga penelitian ini bermanfaat bagi pembaca dan peneliti selanjutnya.

Makassar, Februari 2014

Gradiana Grasa

ABSTRAK

Gradiana Grasa. C12112652 .Gambaran Kepatuhan Perawat Dalam Melaksanakan *Patient Safety* di Lontara 3 Bedah Syaraf dan Penyakit Syaraf Rumah Sakit DR. Wahidin Sudiro Husodo Makassar Tahun 2013, dibimbing oleh Ariyanti Saleh dan Abdul Majid

Latar belakang : keselamatan pasien di rumah sakit dikeluarkan oleh Depkes RI dan KKP-RS (2008), sebagai suatu sistem agar asuhan yang diberikan pada pasien lebih aman. Hal ini mencakup assesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden

Tujuan Penelitian: Untuk melihat gambaran tentang kepatuhan perawat dalam melaksanakan *patient safety* di lontara 3 bedah syaraf dan penyakit syaraf rumah sakit DR. Wahidin Sudiro Husodo Makassar

Metode : metode yang digunakan deskriptif , desain penelitaian *cross sectional* ,instrumen yang digunakan kuisisioner. Sampel pada penelitian 34 responden. Uji statistik menggunakan rumus distribusi frekuensi.

Hasil : (1) identifikasi pasien dengan benar : perawat yang tidak memperkenalkan diri 14 (41.2%) , (2) kemampuan komunikasi yang efektif : 11 (32.4%) tidak menulis ulang komunikasi verbal dilembar catatan terintegrasi, (3) keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai, : perawat yang tidak melaksanakan pemberian obat dengan jarak waktu 6 (17.6%), (4) perawat memberikan informasi pembedahan 31 orang (91.2%) (5) pengelolaan risiko infeksi akibat perawatan kesehatan 100% baik (6) pengeloaan risiko cidera: ssesmen terhadap risiko jatuh setiap pasien baru masuk 2 (5.9%), (7) perawat yang memiliki pengetahuan kurang baik 2 (5.8%) tentang *patient safety*.

Kesimpulan dan Saran: pelaksanaan *patient safety* 42,2% perawat tidak memperkenalkan diri, tidak menulis ulang komunikasi verbal dicatatan terintegrasi 17.6%, tidak memberikan obat dengan jarak waktu 17.6%, memberikan informasi sebelum pembedahan dilakukan 91.2%, pengelolaan risiko infeksi 100% dilaksanakan, dan risiko jatuh 5.8% 5.9%, perawat dengan pengetahuan kurang baik 5.8%, untuk peneliti selanjutnya bisa melakukan penelitian tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan *patien safety*.

Kata Kunci : Kepatuhan perawat, *patient safety*

Sumber literatur : 20 Kepustakaan (1999-2013).

DAFTAR ISI

ABSTRAK

DAFTAR ISI

DAFTAR TABEL

DAFTAR LAMPIRAN

BAB I PENDAHULUAN

Halaman

A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan.....	6
1. Tujuan umum.....	6
2. Tujuan khusus.....	6
D. Manfaat Penelitian.....	7

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian <i>Patient Safety</i>	8
B. Tujuan <i>Patient Safety</i>	8
C. Langkah-Langkah Pelaksanaan <i>Patient Safety</i>	9
D. Aspek Hukum terhadap <i>Patient Safety</i>	15
E. Manajemen <i>Patient Safety</i>	18
F. Monitoring dan Evaluasi.....	19
G. Standar ,Maksud,dan Tujuan, Serta Elemen Penilaian Keselamatan Pasien.....	19
H. Mengatasi Kejadian Yang Tidak diharapkan.....	28
I. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan.....	30
J. Konsep tentang kepatuhan.....	31

BAB III KERANGKA KONSEP

A. Kerangka konsep penelitian.....	36
------------------------------------	----

BAB IV METODE PENELITIAN

A. Rancangan penelitian.....	38
B. Tempat dan waktu penelitian.....	38
C. Populasi dan sampel.....	38
D. Alur penelitian.....	39
E. Variabel penelitian.....	40
F. Definisi Operasional	41
G. Pengolahan data dan analisa data.....	43
H. Etika penelitian.....	44

BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian.....	46
1. Karakteristik Responden Berdasarkan data demografi...	46
2. Hasil Analisis Distribusi frekuensi Untuk 6 Sasaran Patient Safety.....	48
3. Gambaran Kepatuhan Perawat Dalam Melaksanakan Patient Safety Berdasarkan Kemampuan Identifikasi Tingkat Pengetahuan perawat pelaksana.....	58
B. PEMBAHASAN	
1. Karakteristik Responden Berdasarkan data demografi...	59
2. Hasil Analisis Distribusi frekuensi Untuk 6 Sasaran Patient Safety.....	61
3. Gambaran Kepatuhan Perawat Dalam Melaksanakan Patient Safety Berdasarkan Kemampuan Identifikasi Tingkat Pengetahuan perawat pelaksana.....	73

C. KETERBATASAN PENELITIAN.....	74
--	-----------

BAB VI PENUTUP

A. SIMPULAN	76
--------------------------	-----------

B. SARAN	78
-----------------------	-----------

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar persetujuan menjadi responden
- Lampiran 2 : Lembar kuisisioner pengetahuan dan kemandirian caregiver
- Lampiran 3 : Silabus pelatihan
- Lampiran 4 : Satuan Acara Penyuluhan (SAP) dan leaflet konsep dasar hipertensi
- Lampiran 5 : Satuan Acara Penyuluhan (SAP) dan leaflet penatalaksanaan farmakologi hipertensi
- Lampiran 6 : Satuan Acara Penyuluhan (SAP) dan leaflet penatalaksanaan nonfarmakologi hipertensi
- Lampiran 7 : Satuan Acara Penyuluhan (SAP) dan leaflet pengobatan alternatif hipertensi
- Lampiran 8 : Satuan Acara Penyuluhan (SAP) dan leaflet pemanfaatan fasilitas kesehatan

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Data Demografi di Ruang Lontara 3 Bedah Syaraf dan Penyakit Syaraf Rumah Sakit DR. Wahidin Sudiro Husodo Makassar 2013.	47
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Kepatuhan Perawat dalam Mengidentifikasi Pasien dengan Benar di Ruang Lontara 3 Bedah Syaraf dan Penyakit Syaraf Rumah Sakit DR. Wahidin Sudiro Husodo Makassar 2013	48
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Komunikasi yang Efektif di Ruang Lontara 3 Bedah Syaraf dan Penyakit Syaraf Rumah Sakit DR. Wahidin Sudiro Husodo Makassar 2013	49
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Keamanan Obat-Obatan yang Harus di Waspada di Ruang Lontara 3 Bedah Syaraf dan Penyakit Syaraf Rumah Sakit DR. Wahidin Sudiro Husodo Makassar 2013	51
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Penentuan Lokasi Pembedahan yang Benar, Prosedur yang Benar, Pembedahan Pada Pasien yang Benar di Ruang Lontara 3 Bedah Syaraf dan Penyakit Syaraf Rumah Sakit DR. Wahidin Sudiro Husodo Makassar 2013	55
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Pengelolaan Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan di Ruang Lontara 3 Bedah Syaraf dan Penyakit Syaraf Rumah Sakit DR. Wahidin Sudiro Husodo Makassar 2013	56
Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Kepatuhan Perawat dalam Melakukan Pengelolaan Risiko Cidera Pasien Akibat Terjatuh di Ruang Lontara 3 Bedah Syaraf dan Penyakit Syaraf Rumah Sakit DR. Wahidin Sudiro Husodo Makassar 2013	57
Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Kepatuhan Perawat Dalam Melaksanakan <i>Patient Safety</i> Berdasarkan Kemampuan Identifikasi Tingkat Pengetahuan Perawat Pelaksana di Ruang Lontara 3 Bedah Syaraf dan Penyakit Syaraf Rumah Sakit DR. Wahidin Sudiro Husodo Makassar 2013	58

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Keselamatan pasien telah berkembang dalam kurun waktu satu dekade, dari topik yang relatif tidak signifikan sampai memiliki posisi tinggi pada agenda para manajer, penyedia dan pembuat kebijakan dalam perawatan kesehatan serta masyarakat umum. (Nygren, M,2013)

Kebijakan kesehatan di banyak negara maju berkaitan dengan menilai dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, dan keselamatan pasien sangat penting untuk kualitas pelayanan kesehatan (Davies dikutip dalam Chen,2012). Keselamatan pasien dalam organisasi perawatan kesehatan telah menerima banyak perhatian setelah laporan *Institute of Medicine o Err Is Human: Building a Safer Health System* '(IOM, 1999).

Keselamatan pasien menjadi prioritas ,isu penting dan global dalam pelayanan kesehatan (IOM,2000). Rumah sakit sebagai tempat yang padat karya dengan berbagai prosedur ,profesi, teknologi, dan standar menjadi tempat yang paling rawan terhadap keselamatan pasien. Akibat insiden pada pasien dapat mengakibatkan cedera ,membahayakan jiwa, perpanjangan rawat ,bahkan kematian (Lumenta dikutip dalam Mustikawati, 2011).

Batasan tentang keselamatan pasien di rumah sakit dikeluarkan oleh Depkes RI dan KKP-RS (2008) yaitu sebagai suatu sistem agar asuhan yang diberikan pada pasien lebih aman. Hal ini mencakup assesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindaklanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem ini dibuat untuk mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Dalam lingkup nasional, sejak bulan Agustus 2005, Menteri Kesehatan RI telah mencanangkan Gerakan Nasional Keselamatan Pasien (GNKP) Rumah Sakit (RS), selanjutnya KARS (Komite Akreditasi Rumah Sakit) Depkes RI telah pula menyusun Standar KP RS (Keselamatan Pasien Rumah Sakit) yang dimasukkan ke dalam instrumen akreditasi RS (versi 2007) di Indonesia. Fokus terhadap keselamatan pasien ini didorong oleh masih tingginya angka Kejadian Tak Diharapkan (KTD) atau *Adverse Event* rumah sakit secara global maupun nasional. KTD yang terjadi di berbagai negara diperkirakan sekitar 4.0- 16.6 % (Vincent, 2005 dalam Raleigh, 2009), dan hampir 50 % di antaranya diperkirakan adalah kejadian yang dapat dicegah (Smits et al., 2008). Akibat KTD ini diindikasikan menghabiskan biaya yang sangat mahal baik bagi pasien maupun sistem layanan kesehatan (Flin, 2007). Di Indonesia data tentang KTD

masih langka, namun dilain pihak terjadi peningkatan tuduhan “malpraktik”, yang belum tentu sesuai dengan pembuktian akhir. Dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit maka Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia telah mengambil inisiatif membentuk Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS). Komite tersebut telah aktif melaksanakan langkah langkah persiapan pelaksanaan keselamatan pasien rumah sakit dengan mengembangkan laboratorium program keselamatan pasien rumah sakit.(Depkes RI, 2006)

Institute of medicine Amerika Serikat dalam *To err Is Human , building a safer health system (2000)*, melaporkan pada pelayanan pasien rawat inap di rumah sakit terdapat sekitar 3-16% kejadian tidak diharapkan terjadi. KTD bukanlah hal yang baru hampir seluruh rumah sakit pernah mengalami kejadian ini, dengan meningkatnya angka insiden hal ini menjadi pusat perhatian baik pasien maupun penyelenggara kesehatan untuk lebih memperhatikan sistem keselamatan bagi pasiennya. (Mustikawati, 2011)

Dari data insiden KTD dan Kejadian Nyaris Cidera (KNC) di RS DR.Wahidin Hudirohusodo Makassar pada tahun 2011, menunjukkan angka kejadian KTD sebanyak 29 (78,4%) dan KNC sebanyak 8 (21,6%) dengan distribusi yang menunjukkan tingkat kejadian yang tinggi seperti : Pasien jatuh dari Tempat tidur ada 7 Orang (18.9%), 3 orang Perawat Terpercik darah pasien

ODHA (8.1%), 2 Pasien meninggal di meja operasi (5.4%), 4 Salah pemberian obat (10.8%) , 2 Tertusuk jarum suntik (5.4%). Sedangkan pada tahun 2012, distribusi KNC sebanyak 16 (32%), KTD sebanyak 34 (68%), dengan sebaran yang tinggi pada kejadian : Pasien jatuh dari tempat tidur 5 (10%), Tertusuk jarum 17 (34%), salah pemberian obat dari apotik 2 (4%).

Kejadian seperti pasien jatuh dari tempat tidur pada tahun 2011 (18.9%) dan 2012 (10%), ini sudah menunjukkan bahwa keselamatan pasien dirumah sakit belum memenuhi standar, karena standar untuk pasien jatuh itu, pada standar minimal pelayanan dirumah sakit adalah 100% artinya tidak boleh ada pasien yang jatuh dari tempat tidur.

Untuk menggiatkan perbaikan-perbaikan tertentu dalam soal keselamatan pasien, sasaran-sasaran dalam keselamatan pasien yang menyoroti bidang-bidang yang bermasalah dalam perawatan kesehatan, memberikan bukti dan solusi hasil consensus yang berdasarkan nasihat para pakar. Dengan mempertimbangkan bahwa untuk menyediakan perawatan kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi diperlukan desain sistem yang baik, sasaran biasanya sedapat mungkin berfokus pada solusi yang berlaku untuk keseluruhan sistem dalam hal ini perlu adanya standar yang dapat menilai terpenuhinya cakupan keselamatan pasien dirumah sakit (*Joint Commite Internasional/JC*, 2010)

Berdasarkan paparan diatas penulis tertarik untuk melihat “factor-faktor apa saja yang berhubungan dengan kejadian yang tidak diharapkan (KTD) di Lontara 3 Bedah Syaraf dan Penyakit Syaraf Rumah Sakit DR. Wahidin Sudiro Husodo Makassar”

B. Rumusan Masalah

Untuk menyediakan perawatan kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi diperlukan desain sistem yang baik, sasaran biasanya sedapat mungkin berfokus pada solusi yang berlaku untuk keseluruhan sistem dalam hal ini perlu adanya standar yang dapat menilai terpenuhinya cakupan keselamatan pasien dirumah sakit, serta semakain tingginya angka kejadian yang tidak diharapkan akan berdampak terhadap mutu pelayanan, Berdasarkan paparan singkat ini dapat ditarik sebagai rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “ Bagaimana gambaran tentang kepatuhan perawat dalam melaksanakan *patient safety* di lontara 3 bedah syaraf dan penyakit syaraf rumah sakit dr. wahidin Sudiro Husodo Makassar ?

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Untuk melihat Gambaran tentang kepatuhan perawat dalam melaksanakan *patient safety* di lontara 3 bedah syaraf dan penyakit syaraf rumah sakit DR. Wahidin Sudiro Husodo Makassar

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya gambaran tentang kemampuan Identifikasi pasien dengan benar oleh perawat dalam melaksanakan *patient safety*.
- b. Diketuainya gambaran tentang kemampuan komunikasi yang efektif oleh perawat dalam melaksanakan *patient safety*
- c. Diketuainya gambaran tentang kemampuan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai oleh perawat dalam melaksanakan *patient safety*
- d. Diketuainya gambaran kemampuan penentuan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar oleh perawat dalam melaksanakan *patient safety*
- e. Diketuainya gambaran tentang kemampuan pengelolaan risiko infeksi akibat perawatan kesehatan oleh perawat dalam melaksanakan *patient safety*
- f. Diketuainya gambaran tentang kemampuan pengeloaan risiko cidera pasien akibat terjatuh oleh perawat dalam melaksanakan *patient safety*
- g. Diketuainya gambaran tentang identifikasi pengetahuan perawat dalam melaksanakan *patient safety*

D. Manfaat

1. Instansi Kesehatan

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran tentang pelayanan di rumah sakit terutama dalam hal pelayanan terhadap *patient safety*, sehingga dapat digunakan sebagai bahan guna meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit.

2. Peneliti

Penelitian ini dapat berguna untuk pengembangan penelitian selanjutnya serta dapat menambah khasanah ilmu pengetahuan dalam hal *patient safety*

3. Akademik

Pengetahuan *Patient safety* dapat diberikan lebih mendalam ditatanan pendidikan agar supaya *patient safety* menjadi sebuah budaya bukan karena penilaian akreditasi semata.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian *Patient Safety*

Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi : assessmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan. (Depkes RI, 2006)

B. Tujuan *Patient Safety*

Depkes RI, 2006, Tujuan Keselamatan pasien adalah :

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya KTD di rumah sakit
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD .

C. Langkah-Langkah Pelaksanaan *Patient Safety*

Depkes RI,2006, Pelaksanaan “Patient safety” meliputi :

1. Sembilan solusi keselamatan pasien di rumah sakit menurut *WHO Collaborating Centre for Patient Safety* (2007), yaitu:
 - a. Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*)
 - b. Pastikan identifikasi pasien
 - c. Komunikasi secara benar saat serah terima pasien
 - d. Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar
 - e. Kendalikan cairan elektrolit pekat
 - f. Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan
 - g. Hindari salah kateter dan salah sambung slang
 - h. Gunakan alat injeksi sekali pakai
 - i. Tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.
2. Tujuh standar keselamatan pasien menurut *Hospital Patient Safety Standards* yang dikeluarkan oleh *Joint Commision on Accreditation of Health Organizations* tahun 2002, yaitu:
 - a) Hak pasien
Standarnya adalah pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD, kriterianya adalah :
 - 1) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan

- 2) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan
- 3) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan yang jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD

b) Mendidik pasien dan keluarga

Standarnya adalah rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien, kriterianya adalah: keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien adalah partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di rumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat:

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

c) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Standarnya adalah rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan, kriterianya adalah:

- 1) Koordinasi pelayanan secara menyeluruh
- 2) Koordinasi pelayanan disesuaikan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya
- 3) Koordinasi pelayanan mencakup peningkatan komunikasi
- 4) Komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan

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

Standarnya adalah rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yg ada, memonitor & mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif KTD dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja. Kriterianya adalah :

- 1) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan yang baik sesuai dengan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit.
- 2) Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja
- 3) Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif
- 4) Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis

e) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Standarnya adalah:

- 1) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program KP melalui penerapan tujuh langkah menuju KP rumah sakit.
- 2) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif identifikasi risiko KP & program mengurangi KTD.
- 3) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang KP
- 4) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat utk mengukur, mengkaji, & meningkatkan kinerja rumah sakit serta tingkatkan KP.
- 5) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit & KP.

Kriterianya adalah:

- 1) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- 2) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden
- 3) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi
- 4) Tersedia prosedur cepat-tanggap terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang

lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.

- 5) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden
 - 6) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden
 - 7) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan
 - 8) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan
 - 9) Tersedia sasaran terukur dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien
- f) Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Standarnya adalah:

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

Kriterianya adalah

- 1) Memiliki program diklat dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien

- 2) mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *inservice training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
 - 3) menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.
- g) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

Standarnya adalah :

- 1) Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi KP untuk memenuhi kebutuhan informasi *internal* dan *eksternal*.
- 2) *Transmisi* data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Kriterianya adalah

- 1) Disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien
- 2) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada

D. Aspek Hukum Terhadap *Patient Safety*

Aspek hukum terhadap *patient safety* atau keselamatan pasien adalah sebagai berikut: Undang-Undang (UU) tentang kesehatan dan rumah sakit:

1. Keselamatan Pasien sebagai Isu Hukum

1) *Pasal 53 (3) UU No.36/2009*

“ Pelaksanaan pelayanan kesehatan harus mendahulukan keselamatan nyawa pasien”

2) *Pasal 32n UU No.44/2009*

“ Pasien berhak memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit “

3) *Pasal 58 UU No.36/2009*

(1) “ Setiap orang berhak menuntut G.R terhadap seseorang, tenaga kesehatan, dan atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat kesalahan atau kelalaian dalam pelayanan kesehatan yang diterimanya “

(2) “.....tidak berlaku bagi tenaga kesehatan yang melakukan tindakan penyelamatan nyawa atau pencegahan kecacatan seseorang dalam keadaan darurat.”

2. Tanggung jawab hukum rumah sakit

a) *Pasal 29b UU No.44/2009*

” Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.”

b) *Pasal 46 UU No.44/2009*

“ Rumah sakit bertanggung jawab secara hukum terhadap semua kerugian yang ditimbulkan atas kelalaian yang dilakukan tenaga kesehatan di rumah sakit.”

c) *Pasal 45 (2) UU No.44/2009*

“ Rumah sakit tidak dapat dituntut dalam melaksanakan tugas dalam rangka menyelamatkan nyawa manusia.”

3. Bukan tanggung jawab rumah sakit

Pasal 45 (1) UU No.44/2009 Tentang Rumah sakit

“Rumah sakit tidak bertanggung jawab secara hukum apabila pasien dan atau keluarganya menolak atau menghentikan pengobatan yang dapat berakibat kematian pasien setelah adanya penjelasan medis yang *komprehensif*. “

4. Hak Pasien

a) *Pasal 32d UU No.44/2009*

“Setiap pasien mempunyai hak memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional”

b) *Pasal 32e UU No.44/2009*

“Setiap pasien mempunyai hak memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi”

c) *Pasal 32j UU No.44/2009*

“Setiap pasien mempunyai hak tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan”

d) *Pasal 32q 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 ataupun pidana”

5. Kebijakan yang mendukung keselamatan pasien

a) *Pasal 43 UU No.44/2009*

- (1) Rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien
- (2) Standar keselamatan pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan.
- (3) Rumah sakit melaporkan kegiatan keselamatan pasien kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan oleh menteri
- (4) Pelaporan insiden keselamatan pasien dibuat secara anonim dan ditujukan untuk mengoreksi system dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien.

E. Manajemen *Patient Safety*

Pelaksanaan *Patient Safety* ini dilakukan dengan sistem pencacatan dan pelaporan serta monitoring dan evaluasi. Sistem pencacatan dan pelaporan pada *patient safety* :

- 1) Setiap unit kerja di rumah sakit mencatat semua kejadian terkait dengan keselamatan pasien (KNC, KTD dan Kejadian Sentinel) pada formulir yang sudah disediakan oleh rumah sakit.
- 2) Setiap unit kerja di rumah sakit melaporkan semua kejadian terkait dengan keselamatan pasien (KNC, KTD dan Kejadian Sentinel) kepada tim keselamatan pasien rumah sakit pada formulir yang sudah disediakan oleh rumah sakit.
- 3) Tim keselamatan pasien rumah sakit menganalisis akar penyebab masalah semua kejadian yang dilaporkan oleh unit kerja
- 4) Berdasarkan hasil analisis akar masalah maka tim keselamatan pasien rumah sakit merekomendasikan solusi pemecahan dan mengirimkan hasil solusi pemecahan masalah kepada pimpinan rumah sakit.
- 5) Pimpinan rumah sakit melaporkan insiden dan hasil solusi masalah ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) setiap terjadinya insiden dan setelah melakukan analisis akar masalah yang bersifat rahasia.

F. Monitoring Dan Evaluasi

Di rumah sakit, pimpinan rumah sakit melakukan monitoring dan evaluasi pada unit-unit kerja di rumah sakit, terkait dengan pelaksanaan keselamatan pasien di unit kerja

G. Standar, Maksud dan Tujuan Serta Elemen Penilaian Keselamatan Pasien

Join commite International ,2008, memaparkan sebagai berikut :

1. Mengidentifikasi Pasien dengan Benar

a) Standar

Rumah sakit menyusun pendekatan untuk memperbaiki ketepatan identifikasi pasien

b) Maksud dan Tujuan

Keliru mengidentifikasi pasien terjadi hampir disemua aspek diagnosis dan pengobatan. Dalam keadaan pasien masih dibius, mengalami *disorientasi* atau belum sepenuhnya sadar, mungkin pindah tempat tidur, pindah kamar, atau pindah lokasi didalam rumah sakit , mungkin juga pasien memiliki cacat indera atau rentan terhadap situasi berbeda yang dapat menimbulkan kekeliruan *pengidentifikasian*. Tujuan sasaran ini dua hal : pertama , mengidentifikasi dengan benar pasien tertentu sebagai orang yang akan diberi layanan atau pengobatan tertentu, kedua mencocokkan layanan atau perawatan denagn individu tersebut.

Untuk memeperbaiki proses identifikasi, dikembangkanlah bersama suatu kebijakan dan prosedur , khususnya proses untuk mengidentftifikasi pasien

disaat pemberian obat , darah atau produk darah, pengambilan darah dan *spesimen* lainnya untuk mengidentifikasi pasien, seperti nama pasien, nomor identifikasi, tanggal lahir , gelang berkode batang atau cara lain. Nomor kamar pasien atau lokasi tidak dapat digunakan untuk identifikasi kebijakan dan prosedur itu mengklarifikasi digunakannya dua macam pengidentifikasi itu dilokasi berbeda dalam rumah sakit, seperti misalnya pelayanan rawat jalan atau layanan lainnya, unit gawat darurat atau kamar operasi. Identifikasi pasien koma yang tanpa tanda pengenal juga termasuk didalamnya, penyusunan kebijakan dan prosedur ini harus dikerjakan oleh berbagai pihak agar hasilnya dipastikan dapat mengatasi semua permasalahan identifikasi yang mungkin terjadi.

c) Elemen Penilaian

- 1) Pasien diidentifikasi dengan menggunakan dua pengidentifikasi pasien, tidak termasuk penggunaan nomor kamar pasien dan lokasi
- 2) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah
- 3) Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lainnya untuk uji klinis
- 4) Pasien diidentifikasi sebelum diberikan perawatan dan prosedur
- 5) Kebijakan dan prosedur mengupayakan tercapainya konsistensi dalam segala situasi dan lokasi

2. Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif

a) Standar

Rumah sakit menyusun pendekatan agar komunikasi di antara para petugas pemberi perawatan semakin efektif.

b) Maksud dan Tujuan

Komunikasi yang efektif, tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dapat dipahami penerima, mengurangi kesalahan dan menghasilkan perbaikan keselamatan pasien. Komunikasi dapat secara elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang paling rentan salah adalah jika perintah perawatan pasien diberikan secara lisan dan melalui telepon, jika hal ini diperbolehkan hukum dan peraturan setempat. Komunikasi lain yang rawan salah adalah ketika melaporkan kembali hasil tes penting seperti misalnya ketika laboratorium klinik menelepon unit perawatan pasien untuk melaporkan hasil tes *CITO*.

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan kebijakan dan prosedur untuk pemberian perintah baik secara lisan maupun via telepon termasuk pencatatan (pada buku atau di-*enter* ke komputer) perintah secara lengkap atau hasil tes oleh si penerima informasi tersebut, penerima kemudian membaca kembali perintah atau hasil tes tersebut dan mengkonfirmasi apakah yang telah ditulis dan dibaca-ulang itu sudah tepat. Kebijakan dan prosedur mengidentifikasi alternatif yang diperbolehkan bila proses

membaca-ulang tidak selalu dimungkinkan, misalnya di ruang operasi dan dalam situasi darurat di bagian gawat darurat atau unit perawatan *intensif*.

c) Elemen Penilaian

- 1) Perintah lengkap, lisan dan via telepon, atau hasil tes dibaca sipenerima
- 2) Perintah lengkap, lisan dan via telepon, atau hasil tes dibaca-ulang si penerima
- 3) Perintah dan hasil tes dikonfirmasi oleh individu si pemberi atau hasil tes
- 4) Kebijakan dan prosedur disusun agar verifikasi tepat tidaknya komunikasi lisan dan via telepon dijalankan secara konsisten.

3. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai

a) Standar

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai

b) Maksud dan Tujuan

Bila dalam rencana perawatan pasien terdapat juga pemberian obat-obatan, maka untuk memastikan keselamatan pasien pengelolaan obat yang tepat menjadi sangat penting. Obat-obatan yang perlu diwaspadai adalah : obat-obatan yang termasuk dalam sejumlah besar kesalahan dan kejadian sentinel, obat-obatan yang bila terjadi sesuatu yang tidak diinginkan risikonya lebih tinggi, begitu pula obat-obatan yang mirip

bentuk atau bunyi namanya. Daftar obat berisiko tinggi dapat diperoleh dari organisasi seperti misalnya WHO atau *Institute for Safe Medication Practice*. Masalah kekeliruan obat yang kerap dikutip adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja misalnya, *kalium klorida* sama atau lebih besar daripada 2 mEq, *kalium fosfat* sama atau lebih besar dari 3 mmol/ml, *natrium klorida* lebih besar dari 0.9%, dan *magnesium sulfat* sama atau lebih besar dari 50%. Kesalahan dapat terjadi jika staf belum sungguh –sungguh mengenal unit perawatan pasien, yang dipekerjakan adalah perawat kontrakan yang tidak diberi pengenalan secara memadai, atau dalam keadaan darurat. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau menghilangkan kejadian ini adalah menyusun proses pengelolaan obat yang patut diwaspadai, termasuk memindahkan elektrolit konsentrasi dari unit perawatan pasien farmasi.

Rumah sakit bersama-sama menyusun kebijakan dan prosedur untuk mengidentifikasi obat-obatan yang patut diwaspadai apa saja yang dimiliki rumah sakit berdasarkan data yang ada. Kebijakan dan prosedur juga menetapkan bagian mana saja secara klinis memang memerlukan elektrolit konsentrat sesuai bukti dan praktik profesional yang ada, seperti misalnya bagian gawat darurat atau kamar operasi, dan menetapkan cara pelabelannya yang jelas dan cara penyimpanannya sedemikian rupa sehingga aksesnya terbatas agar terhindar dari pemakaian tak sengaja.

c) Elemen penilaian

- 1) Kebijakan dan atau prosedur disusun untuk mengatasi masalah identifikasi, lokasi pemberian label dan penyimpanan obat yang patut diwaspadai
 - 2) Kebijakan dan prosedur ini diterapkan
 - 3) *Elektrolit konsentrat* tidak boleh ada di unit perawatan pasien kecuali jika secara klinis diperlukan dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian tidak sengaja di wilayah yang diizinkan oleh aturan kebijakannya.
 - 4) *Elektrolit konsentrat* yang disimpan di unit perawatan pasien diberi label jelas dan disimpan sedemikian rupa hingga tidak mudah diakses.
4. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar
- a) Standar

Rumah sakit menyusun pendekatan untuk memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar pembedahan pada pasien yang benar
 - b) Maksud dan tujuan

Rumah sakit harus secara kolaboratif menyusun kebijakan dan prosedur yang efektif untuk menghilangkan masalah yang mengkhawatirkan ini. Kebijakan ini mencakup definisi pembedahan yang didalamnya terkandung setidaknya prosedur yang menyelidiki dan menyembuhkan penyakit dan gangguan tubuh manusia melalui pemotongan, pengangkatan, pengubahan atau pemasukan alat diagnostik/terapi.

Kebijakan ini berlaku untuk segala lokasi dirumah sakit, dimana prosedur itu dilakukan.

c) Elemen penilaian

- 1) Rumah sakit menggunakan tanda yang langsung dikenal untuk mengidentifikasi lokasi pembedahan dan melibatkan pasien dalam proses pemberian tanda
- 2) Rumah sakit menggunakan daftar atau proses lain untuk menverifikasi apakah lokasinya, prosedur, dan pasien sudah benar dan bahwa seluruh dokumen dan peralatan yang dibutuhkan sudah ada, tepat dan fungsional
- 3) Tim bedah lengkap melakukan dan mendokumentasikan prosedur jeda sesaat sebelum memulai prosedur pembedahan
- 4) Kebijakan dan prosedur disusun sedemikian rupa sehingga semua proses sehingga dapat dipastikan lokasi benar, prosedur benar, dan pasien juga benar, termasuk prosedur medis dan gigi yang dilakukan tidak diruang operasi

5. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan

a) Standar

Rumah sakit menyusun pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan

b) Maksud dan tujuan

Kebersihan tangan yang memadai itu penting dalam usaha menghilangkan infeksi. Panduan kebersihan tangan yang sudah diterima secara internasional adalah dari WHO, *United States for Disease Control and Prevention* (US CDC) dan berbagai organisasi nasional dan internasional lainnya.

c) Elemen Penilaian

- 1) Rumah sakit telah mengadopsi atau mengadaptasi panduan kebersihan tangan yang diterbitkan dan umumnya diterima
- 2) Rumah sakit mengimplementasikan program kebersihan tangan yang efektif
- 3) Kebijakan dan prosedur yang dikembangkan yang mendukung secara terus-menerus infeksi terkait dengan perawatan kesehatan

6. Mengurangi risiko cedera pada pasien akibat terjatuh

a) Standar

Rumah sakit menyusun cara pendekatan untuk mengurangi risiko cedera yang menimpa pasien akibat jatuh

b) Maksud dan Tujuan

Sebagian besar cedera pada pasien rawat inap terjadi karena jatuh. Dalam konteks jumlah orang yang dilayani, layanan yang tersedia, dan fasilitasnya, rumah sakit harus mengevaluasi risiko pasien terhadap jatuh dan segera bertindak untuk mengurangi risiko terjatuh dan mengurangi risiko cedera akibat jatuh. Evaluasi ini harus meliputi sejarahnya

jatuh, pengkajian konsumsi obat dan alkohol, sering gerak dan keseimbangan dan alat bantu yang digunakan pasien. Rumah sakit menetapkan program mengurangi risiko terjatuh berdasarkan kebijakan dan prosedur yang tepat. Program ini memantau baik konsekuensi yang diinginkan maupun tidak diinginkan dari tindakan yang diambil untuk mengurangi jatuh, sebagai contoh, penerapan pembatasan fisik atau pembatasan asupan cairan yang kurang dapat menimbulkan cedera, terganggunya sirkulasi atau kesehatan kulit.

c) Elemen Penilaian

- 1) Rumah sakit merupakan proses dilakukannya penilaian awal pasien akan risikonya terjatuh dan dilakukannya penilaian ulang pada pasien bila, antara lain adanya perubahan kondisi atau obat-obatan
- 2) Dilakukannya upaya-upaya untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang dinilai berisiko
- 3) Usaha-usaha itu dipantau untuk dilihat keberhasilannya dalam upaya mengurangi cedera akibat jatuh dan konsekuensi lain yang tidak diperhitungkan sebelumnya
- 4) Kebijakan dan prosedur mengarah pada pengurangan secara kontinu risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

H. Mengatasi Kejadian Yang Tidak Diharapkan

Budiharjo (2008) , Kesalahan adalah bagian dari manusia; apa pun pekerjaannya manusia tak luput dari berbuat salah. Namun, kesalahan dapat dicegah dengan sistem rancangan yang mempersulit orang berbuat salah, sebaliknya mengarahkan orang untuk berbuat benar. Dengan perkataan lain, para penganut pendekatan sistem berpendapat bahwa kesalahan dapat dicegah atau dikendalikan dengan sistem, misalnya supaya orang tidak salah menekan tombol maka tombol tersebut diberi warna yang sangat mencolok, supaya perawat tidak kelelahan sehingga berbuat kesalahan maka penjadwalan dilakukan berdasarkan sistem yang mengacu pada jumlah jam kerja maksimum.

Banyak rumah sakit mengaplikasi sistem keselamatan yang baik namun fakta menunjukkan bahwa kejadian tidak diharapkan tetap terjadi. Memang jika system dapat dijalankan dengan semestinya maka kejadian tidak diharapkan dapat ditekan sekecil-kecilnya namun fakta menunjukkan bahwa sistem tidak dapat berjalan dengan secara optimal jika kompetensi dan nilai-nilai/budaya yang ada tidak mendukungnya. Memang pendekatan sistem banyak dipergunakan di RS maupun pada pesawat terbang; sistem dibuat sedemikian rupa sehingga membuat orang tidak membuat kesalahan..

Berdasarkan pertimbangan tersebut terpadua pendekatan (*holistic approach*) dan budaya untuk mengatasi kejadian tidak diharapkan perlu dipergunakan. Pendekatan system lazim dikenal sebab *hard approach* sedang pendekatan budaya/manusia lazim dikenal sebagai *soft approach*. Sebagai *hard*

approach, pendekatan sistem dapat dipergunakan untuk membudayakan nilai-nilai. Pengelolaan kejadian tidak diharapkan bertujuan meminimalkan kejadian yang tidak diharapkan.

Pendekatan integratif tersebut cocok disebabkan oleh berbagai penyebab kejadian yang tidak diharapkan :

- a. *Pertama*, nilai-nilai, serta tindakan para medis dan non-medis yang belum berorientasi pada keselamatan pasien.
- b. *Kedua*, kompetensi para medis/non-medis yang kurang/tidak memadai, misalnya seorang dokter yang tidak kompeten dalam dalam mengoperasi pasien karena sudah lama tidak melakukan pekerjaan tersebut tetapi melakukannya.
- c. *Ketiga*, keterbatasan pengetahuan; secara keilmuan misalnya belum ditemukan caracara yang efektif untuk mengobati penyakit tertentu, misalnya terapi *cell*, *stem cell*, dan DNA tidak dimungkinkan lima puluh tahun lalu.
- d. *Keempat*, keterbatasan kompetensi dan fasilitas RS; secara keilmuan sudah dimungkinkan tetapi rumah sakit tidak memiliki dokter yang kompeten dan peralatan yang canggih yang mendukung.
- e. *Kelima*, nilai-nilai pasien yang tidak berorientasi pada *safety values*, misalnya pasien yang tidak mematuhi dokter dan aturan keselamatan.
- f. *Keenam*, kurang efektifnya sistem *safety* termasuk IT untuk membantu para medis dan non-medis di rumah sakit.

I. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Mubarak (2012) , Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang :

1) Pendidikan

Makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya.

2) Pekerjaan

Menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung

3) Umur

Dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek fisik dan psikologis atau mental, seseorang akan semakin matyang dan dewasa

4) Minat

Menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih mendalam

5) Pengalaman

Pengalaman terhadap objek yang menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang sangat mendalam dan membekas dalam jiwanya, dan akhirnya akan membentuk pula sikap positif

6) Kebudayaan lingkungan sekitar

Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap kita, apabila disuatu wilayah mempunyai budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan maka akan mungkin, masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan.

7) Informasi

Kemudahan untuk memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.

J. Konsep Tentang Kepatuhan

Suparyanto, 2010, Menjelaskan tentang definisi kepatuhan :

1) Definisi Kepatuhan

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (Pranoto,2007), patuh adalah suka menurut perintah, taat pada perintah, sedangkan kepatuhan adalah perilaku sesuai aturan dan berdisiplin. Sarafino (1990) dikutip oleh (Slamet B, 2007), mendefinisikan kepatuhan (ketaatan) sebagai tingkat penderita melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan oleh dokter atau orang lain. Kepatuhan juga dapat didefinisikan sebagai perilaku positif penderita dalam mencapai tujuan terapi (Degresi, 2005).

2) Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Menurut (Niven, 2008) faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat kepatuhan adalah:

a) Pendidikan

Pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar dan proses pembelajaran agar peserta didik secara aktif mengembangkan potensi dirinya untuk memiliki kekuatan spiritual keagamaan, pengendalian diri, kepribadian, kecerdasan, akhlak mulia, serta keterampilan yang diperlukan dirinya, masyarakat, bangsa dan negara. Pendidikan klien dapat meningkatkan kepatuhan, sepanjang bahwa pendidikan tersebut merupakan pendidikan yang aktif.

b) Akomodasi

Suatu usaha harus dilakukan untuk memahami ciri kepribadian klien yang dapat mempengaruhi kepatuhan antenatal care adalah jarak dan waktu, biasanya ibu cenderung malas melakukan antenatal care pada tempat yang jauh.

c) Modifikasi faktor lingkungan dan sosial

Hal ini berarti membangun dukungan sosial dari keluarga dan teman-teman, kelompok-kelompok pendukung dapat dibentuk untuk

membantu kepatuhan terhadap program pengobatan seperti pengurangan berat badan, berhenti merokok dan menurunkan konsumsi alkohol. Lingkungan berpengaruh besar pada antenatal care, lingkungan yang harmonis dan positif akan membawa dampak yang positif pula pada ibu dan bayinya, kebalikannya lingkungan negatif akan membawa dampak buruk pada proses antenatal care.

d) Perubahan model terapi

Program pengobatan dapat dibuat sesederhana mungkin dan klien terlihat aktif dalam pembuatan program pengobatan (terapi). Keteraturan ibu hamil melakukan antenatal care dipengaruhi oleh kesehatan saat hamil. Keluhan yang diderita ibu akan membuat ibu semakin aktif dalam kunjungan antenatal care.

e) Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan klien

Meningkatkan interaksi profesional kesehatan dengan klien adalah suatu hal penting untuk memberikan umpan balik pada klien setelah memperoleh informasi tentang diagnosis. Suatu penjelasan penyebab penyakit dan bagaimana pengobatan dapat meningkatkan kepatuhan, semakin baik pelayanan yang diberikan tenaga kesehatan, semakin teratur pula ibu melakukan kunjungan antenatal care .

f) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu obyek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Notoatmodjo, 2007).

Menurut fungsinya pengetahuan merupakan dorongan dasar untuk ingin tahu, untuk mencari penalaran, dan untuk mengorganisasikan pengalamannya. Adanya unsur pengalaman yang semula tidak konsisten dengan apa yang diketahui oleh individu akan disusun, ditata kembali atau diubah sedemikian rupa, sehingga tercapai suatu konsistensi. Semakin tinggi tingkat pengetahuan, semakin baik pula ibu melaksanakan antenatal care (Azwar, 2007).

g) Usia

Usia adalah umur yang dihitung mulai saat dilahirkan sampai saat akan berulang tahun. Semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berpikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan, masyarakat yang lebih dewasa akan lebih dipercaya daripada orang yang belum cukup tinggi tingkat kedewasaannya. Hal ini

sebagai akibat dari pengalaman dan kematangan jiwanya. Semakin dewasa seseorang, maka cara berfikir semakin matang dan teratur melakukan antenatal care (Notoatmodjo, 2007).