

# PATIENT SAFETY

Ade Tika Herawati, S.Kep, Ners, M.Kep  
Laily Mualifah., S.Kep., Ns, M.Kep  
Asrori, AMAK, S.Pd, MM  
Iswanti Purwaningsih., M.Kep  
Johana Tuegeh S.Pd.S.SiT,M.Kes  
Dr. Abbasiah, SKM., M.Kep  
Apt, Fathul Jannah, S.Si., SpFRS  
Dr. Jusuf Kristianto, MM, MHA, MPH, PhD  
Ngatemi, S.SiT., MKM  
Femmy Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH  
I Ketut Harapan, S.SiT, M.Kes  
Yanni Karundeng, SKM. M.Kes  
Tri Ayu Yuniyanti, S. Kep., Ns., M. Kep  
Titin Dewi Sartika Silaban, S.Tr.Keb., Bdn., M.Keb  
La Ode Alifariki, S.Kep,Ns.,M.Kes



## **PATIENT SAFETY**

Ade Tika Herawati, S.Kep, Ners, M.Kep  
Laily Mualifah., S.Kep., Ns, M.Kep  
Asrori, AMAK, S.Pd, MM  
Iswanti Purwaningsih., M.Kep  
Johana Tuegeh S.Pd.S.SiT,M.Kes  
Dr. Abbasiah, SKM., M.Kep  
Apt, Fathul Jannah, S.Si., SpFRS  
Dr. Jusuf Kristianto, MM, MHA, MPH, PhD  
Ngatemi, S.SiT., MKM  
Femmy Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH  
I Ketut Harapan, S.SiT, M.Kes  
Yanni Karundeng, SKM. M.Kes  
Tri Ayu Yuniyanti, S. Kep., Ns., M. Kep  
Titin Dewi Sartika Silaban, S.Tr.Keb., Bdn., M.Keb  
La Ode Alifariki, S.Kep,Ns.,M.Kes

### **Editor :**

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

## **PATIENT SAFETY**

### **Penulis:**

Ade Tika Herawati, S.Kep, Ners, M.Kep  
Laily Mualifah., S.Kep., Ns, M.Kep  
Asrori, AMAK, S.Pd, MM  
Iswanti Purwaningsih., M.Kep  
Johana Tuegeh S.Pd.S.SiT,M.Kes  
Dr. Abbasiah, SKM., M.Kep  
Apt, Fathul Jannah, S.Si., SpFRS  
Dr. Jusuf Kristianto, MM, MHA, MPH, PhD  
Ngatemi, S.SiT., MKM  
Femmy Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH  
I Ketut Harapan, S.SiT, M.Kes  
Yanni Karundeng, SKM. M.Kes  
Tri Ayu Yuniyanti, S. Kep., Ns., M. Kep  
Titin Dewi Sartika Silaban, S.Tr.Keb., Bdn., M.Keb  
La Ode Alifariki, S.Kep,Ns.,M.Kes

### **ISBN :**

978-634-7003-36-2

### **Editor Buku:**

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

### **Cetakan Pertama : 2024**

### **Diterbitkan Oleh :**

PT MEDIA PUSTAKA INDO

Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah

Website: [www.mediapustakaindo.com](http://www.mediapustakaindo.com)

E-mail: [mediapustakaindo@gmail.com](mailto:mediapustakaindo@gmail.com)

### **Anggota IKAPI: 263/JTE/2023**

**Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang.** Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku ini berjudul Patient Safety mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep Patient Safety. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep Patient Safety serta konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, 2 Desember 2024

Penulis

## DAFTAR ISI

BAB 1_Keselamatan Pasien.....	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Konsep Keselamatan Pasien .....	1
BAB 2_Sasaran Keselamatan Pasien .....	9
A. Pendahuluan.....	9
B. Sasaran Keselamatan Pasien.....	10
BAB 3_Budaya Keselamatan Pasien .....	21
A. Pendahuluan.....	21
B. Konsep Dasar Budaya Keselamatan Pasien .....	21
BAB 4_Insiden Keselamatan Pasien .....	31
A. Pendahuluan.....	31
B. Konsep Insiden Keselamatan Pasien.....	32
BAB 5_Peran Perawat Dalam Keselamatan Pasien .....	40
A. Pendahuluan.....	40
B. Peran Perawat dalam Keselamatan Pasien.....	40
BAB 6_Indikator Mutu Pelayanan dalam Keselamatan Pasien .....	46
A. Pendahuluan.....	46
B. Konsep Keselamatan Pasien .....	47
BAB 7_Medication Error .....	62
A. Pendahuluan .....	62
B. Medication Error .....	64
BAB 8_Total Quality Management dalam Pelayanan Kesehatan....	82
A. Pendahuluan.....	82
B. Konsep Total Quality Management Dalam Pelayanan Kesehatan.....	84

BAB 9 Peran Supervisi dalam Meningkatkan Budaya Keselamatan Pasien.....	91
A. Pendahuluan.....	91
B. Definisi dan Konsep.....	92
C. Peran Supervisi Dalam Budaya Keselamatan Pasien .....	95
D. Implementasi Supervisi untuk Meningkatkan Budaya Keselamatan Pasien .....	97
E. Alur Implementasi Supervisi Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan .....	99
F. Tantangan dalam Supervisi Keselamatan Pasien .....	101
BAB 10 Konsep Infeksi Nosokomial .....	106
A. Pendahuluan.....	106
B. Konsep Infeksi Nosokomial.....	107
BAB 11 Prinsip – Prinsip Sterilisasi dan Desinfektan.....	125
A. Pengertian Sterilisasi .....	125
B. Pengertian Desinfektan .....	125
C. Tujuan Sterilisasi dan Desinfektan .....	126
D. Prinsip – Prinsip Sterilisasi .....	126
E. Prinsip - Prinsip Desinfektan.....	128
F. Perbedaan Sterilisasi dan Desinfektan .....	130
BAB 12 Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dalam Sistem Pasien Safety .....	133
A. Pendahuluan.....	133
B. Konsep Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) .....	134
BAB 13 Kolaborasi Multidisipliner untuk Keselamatan Pasien.....	143
A. Pendahuluan.....	143
B. Konsep Kolaborasi Multidisipliner untuk Keselamatan Pasien.....	143
BAB 14 Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien .....	152
A. Pendahuluan.....	152

B. Konsep Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien .....	152
BAB 15 Surveilans Infeksi pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan...	160
A. Pendahuluan.....	160
B. Konsep Dasar Surveilans Infeksi pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan .....	161

# BAB 1

## Keselamatan Pasien

*\*Ade Tika Herawati, S.Kep, Ners, M.Kep\**

### A. Pendahuluan

Keselamatan pasien adalah prinsip mendasar yang harus diutamakan dalam perawatan Kesehatan pasien, hal ini bertujuan untuk menegah, mengurangi, melaporkan dan mengelola insiden yang dapat merugikan Masyarakat (Liza Salawati, 2020). Keselamatan pasien berhubungan dengan insiden yang dapat merugikan pasien selama proses perawatan diberikan meliputi perawatan, pemberian obat, komunikasi dan kepatuhan tenaga kesehatan terhadap Standar Oprasional Prpsedur (SOP) yang ditetapkan oleh Asoiasi organisasi perawat dalam hal ini PPNI.

### B. Konsep Keselamatan Pasien

#### 1. Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien adalah prinsip mendasar dalam perawatan kesehatan yang bertujuan untuk mencegah, mengurangi, melaporkan, dan mengelola insiden yang merugikan pasien. Ini mencakup berbagai tindakan untuk memastikan bahwa risiko kesalahan medis atau bahaya terhadap pasien diminimalkan.

Menurut World Health Organization (WHO), keselamatan pasien didefinisikan sebagai "pencegahan kesalahan dan efek yang merugikan pasien terkait dengan perawatan kesehatan." Keselamatan pasien mencakup berbagai upaya untuk menciptakan budaya keamanan, penggunaan alat dan teknik untuk mencegah kesalahan, serta pendidikan staf medis untuk menjaga standar perawatan yang tinggi.



Menurut Institute of Medicine (IOM), Keselamatan pasien didefinisikan sebagai "pencegahan bahaya bagi pasien" dan menekankan bahwa perawatan kesehatan yang aman adalah bebas dari kesalahan medis atau cedera yang tidak diinginkan. Ini juga berarti memberikan perawatan yang meminimalkan risiko efek samping atau bahaya. Dalam perspektif klinis, keselamatan pasien merujuk pada upaya tenaga kesehatan mengidentifikasi, mencegah dan mengelola kesalahan atau insiden yang dapat merugikan pasien selama proses perawatan diberikan. Hal ini meliputi pemrawatan, pemberian obat, komunikasi dan kepatuhan tenaga kesehatan terhadap Standar Oprasional Prpsedur (SOP) yang ditetapkan.

2. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam Keselamatan Pasien
  - a. Identifikasi pasien yang benar. Melakukan identifikasi pasien dilakukan dengan mengecek gelang pasien dan mengecek nama pasien setiap melakukan tindakan. Pengecekan gelang identifikasi merupakan hal yang krusial sehingga kesalahan medis dapat diminimalisir.
  - b. Komunikasi efektif antar tenaga kesehatan.

Komunikasi yang buruk antar tenaga kesehatan atau antara perawat dan pasien dapat menyebabkan miskomunikasi yang berdampak pada kesalahan dalam perawatan yang diberikan. Komunikasi antar perawat jaga tentang tindakan yang seharusnya dilakukan dan yang telah dilakukan meminimalkan kesalahan tindakan yang diberikan. SBAR adalah alat komunikasi terstruktur yang dirancang untuk mengurangi kesalahan yang disebabkan oleh komunikasi dan untuk meningkatkan keselamatan pasien termasuk situasi, latar belakang, penilaian dan rekomendasi. Komunikasi dengan SBAR dapat meningkatkan kejelasan komunikasi perawat dan meningkatkan kepuasan perawat serta kualitas pelayanan dan keselamatan pasien (Novita Fajriyah, Hermanto Wijaya, Marline Merke Mamesah, 2023).

- c. Penggunaan obat yang aman.  
Kesalahan dalam pemberian obat merupakan hal yang paling sering terjadi di pelayanan yang diberikan di Rumah sakit, kesalahan obat, dosis yang diberikan atau rute pemberian obat yang tidak tepat. Cek 6 benar pemberian obat merupakan Langkah tepat dalam menjaga keselamatan pasien dalam penggunaan atau pemberian obat.
- d. Pencegahan Infeksi.  
Keselamatan pasien dalam perawatan luka adalah dengan memperhatikan tindakan perawatan luka yang memperhatikan teknik septic aseptic.
- e. Pencegahan kesalahan bedah.  
Pencegahan kesalahan bedah melibatkan serangkaian Langkah dan protocol untuk mencegah kesalahan bedah meliputi Lokasi operasi yang salah, prosedur yang salah atau bahkan pasien salah. Hal-hal tersebut meliputi verifikasi identitas, prosedur bedah, penandaan luka, sterilisasi dan pemeliharaan alat bedah serta evaluasi dan pelaporan insiden bedah.
- f. Penilaian resiko jatuh.  
Penilaian resiko jatuh dilakukan untuk mencegah atau mengurangi cedera akibat jatuh pada pasien.

**Penilaian resiko jatuh pada pasien :**

- 1) Skala Morse Fall (MFS).  
Alat ini mengukur berbagai factor resiko jatuh seperti Riwayat jatuh sebelumnya, adanya gangguan keseimbangan, pengobatan yang digunakan dan mobilitas pasien (Anggi Napida Angraini., 2018).
- 2) Berg Balance Scale (BBS).  
Skala ini digunakan untuk mengukur keseimbangan pasien yang dapat membantu menilai resiko jatuh.

3) Timed Up and Go (TUG).

Test ini mengukur seberapa cepat seseorang dapat bangkit dari kursi, berjalan sejauh tiga meter dan Kembali ke kursi. Ini memberikan Gambaran tentang kecepatan dan keseimbangan pasien.

4) Stratify (St. Thomas Risk Assessment Tool In Falling Elderly Impatients). Alat ini digunakan untuk menilai resiko jatuh pada pasien lansia berdasarkan beberapa factor seperti kondisi fisik, mobilitas dan pengobatan.

5) STEADI (The Stopping Elderly Accidents, Death, and Injuries). Instrumen ini digunakan untuk menilai resiko jatuh pada pasien lansia. 3 elemen utama dalam STEADI adalah skrining (Mengetahui factor resiko lansia yang beresiko jatuh), pengkajian (mengetahui factor resiko yang dapat dimodifikasi misalnya pengobatan, test kemampuan fungsional, test visual, tekanan darah orthostatic, test ekstremitas bawah dan evaluasi bahaya dirumah) dan Pemberian intervensi (Guna mengurangi resiko jatuh menggunakan startegi berbasis bukti) (Sondang Ratnauli Sianturi, Indriati Kusumaningsih, 2023).

**Faktor resiko utama yang perlu dipertimbangkan dalam penilaian resiko jatuh :**

- 1) Usia lanjut. Usia lanjut lebih rentan terhadap jatuh. Usia lebih dari 60 tahun beresiko mengalami jatuh akibat terbatasnya kemampuan untuk beraktivitas
- 2) Gangguan keseimbangan atau koordinasi. Kondisi medis yang mempengaruhi keseimbangan seperti stroke, Parkinson atau masalah neurologis.
- 3) Obat-obatan. Beberapa obat seperti sedative atau obat tekanan darah, dapat meningkatkan resiko jatuh.
- 4) Riwayat jatuh. Pasien yang telah jatuh sebelumnya lebih beresiko jatuh lagi.

- 5) Kondisi Fisik. Kelemahan otot, gangguan penglihatan atau masalah persendian dapat meningkatkan resiko jatuh. Faktor fisik lainnya adalah gangguan kognitif, osteoporosis, status kesehatan yang buruk dan gangguan musculoskeletal lainnya.
- 6) Lingkungan. Kondisi lantai yang licin/basah, ruangan berantakan, pencahayaan yang kurang, handrail yang tidak adekuat, alas licin dan toilet duduk yang rendah beresiko menyebabkan jatuh lebih tinggi pada pasien. (Sondang ratnauli, 2023)
- g. Pelaporan insiden dan kesalahan. Pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan jantung dari mutu pelayanan. Rendahnya pelaporan insiden mendorong pentingnya kajian factor penyebab rendahnya pelaporan insiden keselamatan pasien (Elsa Ambarwati Lestari, Arifah Devi Fitriani, 2021).
- h. Keterlibatan pasien dan keluarga. Keterlibatan pasien dalam praktek patient safety adalah proses kerjasama dalam pelayanan Kesehatan dengan menjadikan pasien sebagai pusat dalam meningkatkan kualitas perawatan (Armidayanti, Rosyidah, Arafat, 2023).
- i. Pendidikan dan pelatihan staff. Pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien merupakan hal yang penting dalam menjamin keselamatan pasien. Upaya Rs untuk meningkatkan pengetahuan perawat tentang keselamatan pasien menjadi satu hal yang baik dan merupakan satu kegiatan yang seharusnya dilakukan. Perawat sebagai pelaksana utama dalam pemberian pelayanan pada pasien menjadi ujung tombak Rs dalam mempertakankan keselamatan pasien dari hal-hal yang merugikan pasien (Afeus Halawa, Setiawan, 2021).

3. Strategi Keselamatan Pasien.
  - a. Pelaporan insiden: Sistem untuk melaporkan insiden keselamatan pasien sangat penting untuk mencegah kesalahan di masa depan.
  - b. Pengelolaan risiko klinis: Mengidentifikasi dan memitigasi risiko sebelum terjadi.
  - c. Pendidikan dan pelatihan: Meningkatkan kompetensi staf kesehatan dalam penanganan pasien yang aman.
  - d. Melakukan tindakan pencegahan sesuai hasil penilaian. Tindakan yang dapat dilakukan dengan memasang alat bantu jalan, mengatur pencahayaan yang baik, mengurangi resiko jatuh dilingkungan sekitar pasien seperti lantai licin dan adanya benda yang menghalangi pasien untuk berjalan.
4. Standar patient safety yang banyak digunakan oleh Rumah sakit adalah KARS (2012) yang mengacu pada standar Joint Commission International (JCI).

Standard JCI terdiri dari enam sasaran yaitu :

  - a. Ketepatan Identifikasi pasien.
  - b. Peningkatan komunikasi efektif
  - c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai.
  - d. Kepastian tepat Lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi.
  - e. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan Kesehatan.
  - f. Pengurangan resiko jatuh (Suci Rahayu Ningsih, Regina VT Novita, 2020)(Suci Rahayu Ningsih, Regina VT Novita, 2020).

## DAFTAR PUSTAKA

- Afeus Halawa, Setiawan, B. S. (2021). No Title. *Journal of Telenursing (Joting)*, Volume.3.
- Anggi Napida Anggraini. (2018). Pengetahuan Perawat tentang Penilaian Morse Fall Scale dengan Kepatuhan Melakukan Assessment Ulang Resiko Jatuh. *Indonesian Journal of Hospital Administration*, Volume.1.
- Armidayanti, Rosyidah, Arafat, R. R. (2023). Keterlibatan Pasien Dalam Aktivitas Meningkatkan Patients Safety. *Journal of Telenursing (Joting)*, Volume.5.
- Elsa Ambarwati Lestari, Arifah Devi Fitriani, J. (2021). Analisis Faktor Penyebab Rendahnya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di rawat Inap RSU Mitra Medika Bandar Klippa Tahun 2021. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, Volume.7.
- Liza Salawati. (2020). Penerapan keselamatan pasien rumah sakit. *Averrous Journal Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh*, Vol.6.
- Novita Fajriyah, Hermanto Wijaya, Marline Merke Mamesah, I. M. (2023). Startegi meningkatkan komunikasi efektif dan keselamatan pasien dengan SBAR diantara tem kesehatan di rumahsakit: Tinjauan sistematis. *JHMR Journal of Health Management Research*, Vol.1.
- Sondang Ratnauli Sianturi, Indriati Kusumaningsih, F. B. (2023). Peningkatan Pengetahuan Pendamping Lansia tentang resiko jatuh di Panti Sosial Tresna Werdha. *Jurnal Abdimas kesehatan*, Volume.5.
- Suci Rahayu Ningsih, Regina VT Novita, A. B. (2020). Pengaruh Supervisi dan Gaya Kepemimpinan Transformatif Terhadap Kinerja Perawat Dalam Kepatuhan Hand Hygiene dan Pencegahan Resiko Jatuh di RSU GMIBM Monompia Kotamobagu. *The Indonesian Journal of Health Promotion*.

## BIODATA PENULIS



**Ade Tika Herawati, S.Kep, Ners, M.Kep** lahir di Bogor, 8 Juli 1977 Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Padjajaran Bandung dan menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta. Saat ini penulis bekerja di Universitas Bhakti Kencana Bandung sebagai dosen Program Studi D3 Keperawatan. Rumpun keilmuan penulis adalah Keperawatan Medikal Bedah, dan kegawat darurat. Mata kuliah yang diampu oleh penulis adalah Keperawatan Medikal Bedah, Dokumentasi Keperawatan, Keperawatan Gawat darurat dan Manajemen Bencana. Saat ini penulis aktif dalam Tri Dharma Perguruan tinggi dan sebagai penulis buku ajar. Telpn : 081322777268

# BAB 2

## Sasaran Keselamatan Pasien

*\*Laily Mualifah., S.Kep., Ns, M.Kep\**

### A. Pendahuluan

Keselamatan Pasien adalah suatu system yang membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen resiko, 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 (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Keselamatan pasien adalah upaya untuk menurunkan cedera yang tidak perlu yang berhubungan dengan pelayanan Kesehatan hingga ke tingkat minimum yang dapat diterima yang merujuk pada pengetahuan yang dimiliki pada saat ini, sumber daya yang tersedia dan konteks dimana pelayanan diberikan, dengan membandingkan terhadap risiko jika tidak melakukan tindakan atau jika dilakukan tindakan lain (Ratanto, Rahaju Ningtyas, 2023).

Sasaran keselamatan pasien merupakan suatu system yang terbukti secara significant dapat mengurangi angka insiden jika diterapkan secara optimal. Setiap fasilitas pelayanan Kesehatan harus menyelenggarakan keselamatan pasien salah satunya dengan pembentukan system pelayanan yang menerapkan Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017. Sasaran Keselamatan Pasien ini meliputi: 1).



Mengidentifikasi pasien dengan benar; 2). Meningkatkan komunikasi yang efektif; 3). Meningkatkan keamanan obat – obatan yang harus diwaspadai; 4). Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar; 5). Mengurangi resiko infeksi akibat perawatan Kesehatan; 6). Mengurangi resiko cidera pasien akibat terjatuh (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017).

## **B. Sasaran Keselamatan Pasien**

### **1. Pengertian Sasaran Keselamatan Pasien**

Sasaran keselamatan pasien merupakan system pelayanan yang wajib diberikan kepada pasien dengan tujuan supaya pasien aman dan nyaman selama menggunakan jasa layanan kesehatan di rumah sakit. Pelayanan Kesehatan ini meliputi pengobatan rawat inap, rawat jalan, tindakan penunjang, tindakan operasi dan tindakan lainnya.

### **2. Sasaran Keselamatan Pasien**

#### **a. Mengidentifikasi Pasien dengan Benar**

Fasilitas pelayanan kesehatan menyusun pendekatan untuk memperbaiki ketepatan dalam identifikasi pasien (Satya Rachamwati, 2023). Ketepatan dalam mengidentifikasi pasien adalah hal yang penting untuk menjaga keselamatan pasien. Tujuan identifikasi yang tepat untuk mengurangi kesalahan identifikasi yang dapat menyebabkan salah pasien, tindakan yang salah atau prosedur yang salah Ketika pasien mendapatkan perawatan medis di rumah sakit (Suryani, Lilis, 2024). Identifikasi pasien yang tepat juga bertujuan mengurangi kemungkinan malpraktik medis dan resiko lain yang dapat terjadi pada pasien. Kesalahan medis sangat rentang terjadi saat pemberi layanan kesehatan tidak tepat dalam identifikasi pasien sehingga pasien beresiko mendapatkan diagnosis dan pengobatan yang salah (Suryani, Lilis, 2024). Contohnya adalah pasien dengan pengaruh anastesi dengan kesadaran yang belum sepenuhnya Kembali akan mengalami disorientasi, kondisi pasien pindah tempat tidur, pindah ruang rawat inap dan juga paa

pasien yang memiliki kecacatan pada panca indera dapat terjadi kesalahan dalam proses identifikasi pasien (Swastikarini, 2019).

Proses identifikasi pasien dilakukan oleh petugas sejak pasien pertama kali masuk rumah sakit. Dalam proses pelayanan Kesehatan dilakukan identifikasi pasien setiap akan melakukan prosedur medis seperti saat pemberian obat, transfuse, pengambilan specimen untuk pemeriksaan penunjang dan sebelum tindakan tindakan medis. Identifikasi ini harus dilakukan dengan tepat supaya tidak terjadi insiden salah pasien, salah prosedur serta salah pengobatan.

Kegiatan identifikasi pasien diantaranya:

- 1) Petugas wajib mengidentifikasi pasien menggunakan dua identitas pasien seperti nama dan tanggal lahir. Tidak diperbolehkan identifikasi pasien menggunakan nomor kamar atau nama ruang rawat. Dalam proses identifikasi pasien tidak dianjurkan menggunakan nomor bed pasien karena dikhawatirkan pasien telah berganti. Ketika pergantian shift (Nurhayati, 2021).
- 2) Lakukan proses identifikasi sebelum pengobatan, pemberian transfuse darah atau produk lain
- 3) Petugas wajib melakukan identifikasi saat akan melakukan pengambilan specimen darah atau yang lain untuk pemeriksaan penunjang termasuk untuk pemberian obat dan tindakan.
- 4) Rumah sakit perlu membuat regulasi untuk mengatur pelaksanaan identifikasi pasien yang konsisten pada situasi dan dimanapun pasien dirawat.

**Tata laksana dalam proses identifikasi yaitu:**

- 1) Penggunaan gelang  
Warna gelang pasien merupakan penanda yang memudahkan petugas kesehatan dalam identifikasi pasien. Gelang warna biru sebagai penanda pasien laki laki, gelang warna pink sebagai penanda perempuan, gelang warna merah berarti pasien memiliki alergi, gelang warna kuning penanda pasien memiliki resiko jatuh,

lansia diatas 60 tahun dan pasien neonates, gelang ungu sebagai penanda pasien tidak dilakukan resusitasi.



**Gambar 1.** Gelang pasien.

Petugas kesehatan sebelum melakukan pemasangan gelang harus melakukan edukasi terlebih dahulu. Hal hal yang disampaikan pada saat edukasi adalah: jelaskan manfaat gelang pasien, jelaskan bahaya untuk pasien bila menolak, melepas dan menutupi gelang, Minta pasien untuk mengingatkan petugas bila akan melakukan tindakan atau memberikan obat/ pengobatan namun tidak mengkonfirmasi nama dan mengecek gelang.

Pasien yang tidak dapat dipasang gelang dapat dilakukan identifikasi pasien dengan menggunakan dokumentasi foto pasien. Kasus yang tidak dapat dipasangkan gelang pasien adalah pada kasus luka bakar luas, pasien tidak kooperatif, gaduh / gelisah, pasien tanpa anggota gerak dan pasien tanpa identitas.

Gelang pasien minimal berisi Nama pasien, tanggal Lahir and nomor rekam medis. Gelang pasien dapat dipasang di lengan kanan, lengan kiri, kaki kanan atau kaki kiri.

## 2) Pelabelan identitas

Barcode atau kertas temple berisi identitas pasien wajib digunakan pada specimen darah atau produk pemeriksaan laboratorium lainnya, nampan makanan pasien, label ASI untuk bayi yang dirawat di rumah sakit.

- 3) Pelaksanaan identifikasi dengan cara verbal dan visual. Cara verbal petugas dapat dilakukan dengan menanyakan dua item identitas pasien yang tertera pada gelang pasien. Secara visual petugas dapat mencocokkan minimal 2 item identitas yang terpasang pada gelang pasien.
  - 4) Seluruh pasien yang rawat inap maupun rawat jalan wajib menggunakan label identitas dengan bentuk sesuai dengan kebijakan rumah sakit baik bentuk gelang maupun barcode.
  - 5) Penulisan identitas pada bayi yang baru lahir adalah dengan menuliskan tanggal lahir, nama ibu yang melahirkan dan nomer rekam medis.
- b. Meningkatkan Komunikasi yang efektif
- Komunikasi yang efektif memiliki peran dalam keselamatan pasien. Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah perintah secara lisan dan diberikan melalui telpon, pelaporan Kembali hasil pemeriksaan kritis seperti laboratorium klinis, menelpon unit pelayanan pasien untuk melaporkan hasil pemeriksaan segera/ cito. Selain itu masalah yang sering terjadi juga adalah tidak mengkonfirmasi perintah dan tidak menuliskannya. Perintah yang tidak dikonfirmasi ulang dapat menyebabkan kesalahan persepsi dalam pemahaman perintah, dan tidak menuliskan dapat menyebabkan terlupakan.
- Pelayanan kesehatan harus memiliki regulasi atau kebijakan dalam hal komunikasi baik antar petugas kesehatan maupun terhadap pasien dan keluarga (Nurhayati, 2021). Rumah sakit harus memiliki strategi agar tenaga kesehatan profesional kesehatan dapat berkomunikasi dengan baik karena hal ini sangat penting untuk melakukan kolaborasi interprofessional (Sukawan, 2021). Petugas di rumah sakit perlu menggunakan bentuk komunikasi yang sederhana dan terstruktur untuk menyampaikan informasi secara efisien sehingga meminimalkan komunikasi yang salah.

Tenaga kesehatan sebagai pemberi asuhan dapat menyampaikan masalah yang sedang dialami oleh pasien dengan menggunakan metode komunikasi SBAR (*Situation, Background, Assesment, Recommendation*).

Situation merupakan identitas pasien dan masalah yang sedang dialami oleh pasien misalnya diagnosis medis. Background merupakan Riwayat penyakit dan masalah yang sedang dialami pasien termasuk Riwayat pengobatan, alergi. Assesment merupakan hasil masalah pasien. Recommendation merupakan meminta rekomendasi atau rencana untuk mengatasi masalah. Metode SBAR ini selalu digunakan dalam proses komunikasi antar profesi di rumah sakit, baik saat melaporkan kondisi pasien ke dokter penanggungjawab pasien, melaporkan nilai kritis, melakukan timbang terima antar petugas jaga, dan proses pemindahan pasien dari ruang rawat maupun pemindahan pasien ke rumah sakit lain.

Petugas kesehatan yang melakukan pelaporan secara tidak langsung (menelpon) dokter penanggung jawab pasien akan memberikan instruksi kepada petugas. Petugas yang mendapatkan instruksi wajib melakukan Tulis Baca Konfirmasi (TulBaKon). Petugas yang melapor menuliskan instruksi yang didapat dan membacakan Kembali instruksi tersebut. Selanjutnya dikonfirmasi ke dokter apakah instruksi tersebut sudah sesuai. Jika dalam instruksi terdapat obat-obatan yang termasuk dalam kategori Nama Rupa Obat Mirip (NORUM), petugas wajib melakukan pengejaan dengan menggunakan ejaan internasional serta membaca instruksi. Selanjutnya melakukan dokumentasi terhadap proses komunikasi yang dilakukan dalam rekam medis pasien (Suryani, Lilis, 2024).

- c. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus di waspadei.

Kondisi rumah sakit dengan berbagai kasus pasien mengharuskan rumah sakit memiliki kebijakan terkait penyimpanan dan penggunaan obat. Hal ini merupakan salah satu factor resiko dalam keselamatan pasien. Obat yang dianggap memiliki resiko tinggi adalah obat-obatan yang memerlukan pengawasan secara ketat dalam penyimpanan dan penggunaannya. Hal ini perlu dilakukan karena apabila terjadi kesalahan dalam pemberian obat maka akan berdampak buruk pada pasien.

Contoh obat yang harus diawasi atau diwaspadai yaitu elektrolit konsentrat dan obat-obatan yang memiliki kesamaan atau serupa baik dari nama, rupa maupun pelafalan atau sering disingkat NORUM (Nama Obat Rupa Mirip)/ LASA (Look Alike Sound Alike).

Prinsip-prinsip yang harus diperhatikan dalam *high alert medication* yaitu:

- 1) Penyimpanan
  - a) Obat disimpan dalam laci atau almari
  - b) Berikan label merah
  - c) Perhatikan nama obat supaya bisa dibaca
  - d) Tempat penyimpanan elektrolit konsentrat adalah di IVU/ICCU/UGD.
  - e) Berikan jarak dan pelabelan untuk obat NORUM
- 2) Peresepan
  - a) Dibuat panduan penetapan dosis obat sesuai dengan panduan praktik klinik dan clinical pathway
  - b) Identitas resep ditulis dengan lengkap (identitas pasien, tanggal, nama serta tanda tangan dokter) dan resep harus bisa terbaca.
  - c) Timbang pasien untuk obat yang memerlukan perhitungan berat badan dalam penentuan dosis.

- 3) Penyimpanan dan distribusi obat high alert
  - a) Lakukan double check oleh 2 staff pada saat obat disiapkan dan didistribusikan, dokumentasikan dalam lembar pemesanan obat
  - b) Pengenceran obat dilakukan oleh petugas farmasi dan dilabeli bahwa obat sudah diencerkan.
- 4) Pemberian obat high alert
  - a) Petugas ruangan wajib melakukan double check sebelum memberi obat ke pasien dengan Teknik 5 benar dan didokumentasikan dalam rekam medis.
  - b) Pasien dengan penyuntikan insulin sendiri harus diberikan edukasi
  - c) Terdapat konseling oleh petugas farmasi pada pasien rawta jalan saat penyerahan obat (Sopiana, 2022).
- d. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar  
Salah lokasi, salah prosdur, salah operasi merupakan kejadian yang harus dihindari dan dapat dicegah di pelayanan kesehatan. Apabila kesalahan ini terjadi maka kerugian tidak hanya dirasakan oleh pasien saja namun juga rumah sakit, dokter dan juga seluruh tim yang terlibat dalam proses operasi.  
Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang / tidak melibatkan pasien dalam penandaan lokasi (site marking), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Disamping itu juga assessment yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan berhubungan dengan resep tidak terbaca dan pemakaian singkatan adalah merupakan factor – factor kontribusi yang sering terjadi (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017).  
Rumah sakit harus membuat kebijakan dalam pencegahan kejadian tersebut. Untuk mengurangi

risiko terjadinya kesalahan dalam proses pembedahan penerapan *surgical safety checklist* harus dilakukan.

- e. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Cuci tangan yang benar merupakan prosedur sederhana namun berdampak besar dalam pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit. Cuci tangan yang benar dapat memutus rantai penularan infeksi dari pasien ke petugas kesehatan dan sebaliknya .



**Gambar 2.** Langkah cuci tangan

WHO merekomendasikan lima moment cuci tangan yang harus dilakukan petugas rumah sakit yaitu:

- 1) Sebelum menyentuh atau kontak pasien
- 2) Sebelum melakukan prosedur bersih atau steril
- 3) Setelah terkena cairan tubuh pasien
- 4) Setelah bersentuhan/ kontak dengan pasien
- 5) Setelah bersentuhan/ kontak dengan lingkungan pasien

- f. Mengurangi resiko cedera pasien akibat terjatuh

Kasus cedera jatuh pada pasien yang terjadi di rumah sakit merupakan salah satu insiden keselamatan pasien yang harus ditindaklanjuti serius. Tenaga kesehatan



wajib melakukan assessment terhadap pasien terkait Riwayat jatuh pasien, konsumsi obat dan telaah terhadap obat dan konsumsi alkohol, cara berjalan, alat bantu jalan. Program tersebut harus diprogramkan oleh rumah sakit.

Jatuh merupakan kejadian jatuh dari ketinggian tertentu yang lebih rendah dan bukan merupakan kejadian yang direncanakan yang disebabkan oleh kondisi fisik maupun lingkungan sehingga dapat berdampak cedera pada pasien.

Assessment resiko jatuh dapat dilakukan dengan skala humpty dumpty untuk pasien anak-anak, skala morse untuk pasien dewasa dan Edmonson untuk pasien jiwa. Hasil pengkajian dengan resiko jatuh maka harus dilakukan:

- 1) Pelabelan pasien resiko jatuh dengan memasang gelang warna kuning pada pasien rawat inap dan dalam bentuk stiker warna kuning yang ditempelkan pada barcode pasien rawat jalan.
- 2) Berikan orientasi ruangan pada pasien yang pertama kali rawat inap termasuk bel yang ada di ruangan
- 3) Observasi pasien setelah diberikan obat untuk melihat adanya efek samping obat yang berefek meningkatkan resiko jatuh
- 4) Cukup pencahayaan
- 5) Pastikan kamar mandi tidak licin
- 6) Gunakan pengaman pada tempat tidur
- 7) Pasien gelisah bisa menggunakan restrain.

## DAFTAR PUSTAKA

- Nurhayati. (2021). *Keselamatan Pasien dan Kesehatan Kerja dalam Keperawatan* (Safrida (ed.)). Syiah Kuala University Press.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien, 1969 1 (2017).
- Ratanto, Rahaju Ningtyas, D. (2023). *Manajemen Patient Safety Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan dan Keselamatan Pasien*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Satya Rachamwati, D. dkk. (2023). *Manajemen Keselamatan Pasien*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Sopiana, H. (2022). *Obat High Alert Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*.
- Sukawan, A. M. L. & R. (2021). Literatur Review Peran CPPT dalam Meningkatkan Komunikasi Efektif Pada Pelaksanaan Kolaborasi Interpersonal di Rumah Sakit. *Indonesian of Health Information Management Journal*, 9(1).
- Suryani, Lilis, D. (2024). *Buku Ajar Manajemen Patient Safety*.
- Swastikarini, S. Y. & S. (2019). Analisis Faktor Faktor yang Berhubungan Dengan Pelaksanaan Ketepatan Identifikasi Pasien oleh Perawat Pelaksana. *Jurnal Stikes Kendal*, 9 (2), 125-134.

## BIODATA PENULIS



**Laily Mualifah** lahir di Kulon Progo Daerah Istimewa Yogyakarta pada tahun 1984. Saat ini bekerja sebagai Dosen Jurusan Keperawatan di Politeknik Kesehatan Karya Husada Yogyakarta. Mengeyam Pendidikan S2 di Magister Keperawatan UGM lulus pada tahun 2015. Mata Kuliah yang diampu saat ini salah satunya adalah Mata Kuliah Manajemen Patient Safety.

# BAB 3

## Budaya Keselamatan Pasien

\*Asrori, AMAK, S.Pd, MM\*

### A. Pendahuluan

Budaya keselamatan pasien adalah konsep yang merujuk pada nilai, sikap, kompetensi, dan pola perilaku individu serta kelompok dalam suatu organisasi kesehatan yang berfokus pada keselamatan pasien. Ini mencakup keyakinan dan norma yang mendukung upaya untuk melindungi pasien dari kesalahan medis dan cedera akibat intervensi kesehatan. Budaya ini berperan penting dalam menentukan komitmen organisasi terhadap keselamatan pasien dan mempengaruhi tindakan serta perilaku staf di seluruh tingkat organisasi.

### B. Konsep Dasar Budaya Keselamatan Pasien

#### 1. Definisi keselamatan pasien

Keselamatan pasien menurut WHO adalah tidak adanya bahaya yang dapat dicegah untuk pasien selama proses perawatan kesehatan dan pengurangan risiko bahaya yang tidak perlu yang terkait dengan perawatan kesehatan ke minimum yang dapat diterima. Oleh karena itu, menyediakan layanan kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi adalah tantangan global untuk sistem dan organisasi perawatan kesehatan. Keselamatan pasien adalah masalah bagi semua negara yang memberikan layanan kesehatan, apakah mereka ditugaskan secara pribadi maupun didanai oleh pemerintah. Pasien tidak hanya dirugikan oleh penyalahgunaan teknologi, mereka juga dapat dirugikan oleh komunikasi yang buruk antara penyedia layanan kesehatan yang berbeda atau keterlambatan dalam menerima perawatan.

Keselamatan pasien dijadikan prioritas yang utama dalam pelayanan kesehatan dan pelayanan keperawatan sekaligus sebagai aspek paling penting dari manajemen yang berkualitas. Keselamatan pasien menurut World Health Organization (WHO) adalah tidak ada bahaya yang mengancam kepada pasien selama proses pelayanan kesehatan. Rumah sakit sebagai institusi pemberi pelayanan kesehatan harus dapat menjamin pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien (Hadi, 2017).

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia telah mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien di rumah sakit yang menjadi tonggak utama operasionalisasi keselamatan pasien di rumah sakit seluruh Indonesia. Banyak rumah sakit di Indonesia yang telah berupaya membangun dan mengembangkan keselamatan pasien, namun upaya tersebut dilaksanakan berdasarkan pemahaman manajemen terhadap keselamatan pasien. Peraturan menteri ini memberikan panduan bagi manajemen rumah sakit agar dapat menjalankan spirit keselamatan pasien secara utuh (Kementerian Kesehatan, 2017).

Keselamatan pasien merupakan salah satu nilai untuk menjamin berlangsungnya pelayanan kesehatan yang paripurna di rumah sakit. Keselamatan pasien sebagai pelayanan yang tidak menyakiti pasien maupun sistem perawatan pasien di rumah sakit yang lebih aman. Pengukuran resiko, pengenalan dan pengelolaan kesehatan pasien, pencatatan dan pengukuran kasus, pembelajaran kasus dan tindakan serta solusi implementasi untuk mengurangi resiko, tujuan sistem keselamatan pasien rumah sakit adalah terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.

## 2. Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien adalah suatu lingkungan kerja di mana semua orang yang terlibat dalam pelayanan kesehatan berkomitmen untuk memberikan perawatan yang aman bagi pasien. Ini bukan sekadar peraturan atau prosedur, tetapi lebih pada nilai-nilai, sikap, dan perilaku yang dianut oleh setiap individu dalam organisasi kesehatan.

Keselamatan pasien akan terus berkembang, yang didefinisikan sebagai upaya maksimal yang dilakukan rumah sakit dalam rangka memberikan pelayanan kepada pasien melalui penerapan metode dan regulasi yang legal serta melalui standar yang terukur untuk meminimalisir kesalahan medis. Keselamatan pasien merupakan tanggung jawab semua pihak yang berkaitan dengan pemberi pelayanan kesehatan. Dalam mencapai tujuan yang berorientasi kepada kepuasan pasien, di samping aspek fasilitas rumah sakit, peranan dokter, paramedis dan non medis menjadi sangat penting karena kinerja mereka akan menentukan persepsi dan kinerja yang dirasakan pasien terhadap pelayanan yang diberikan. Keselamatan pasien merupakan salah satu indikator kualitas pelayanan kesehatan.

## 3. Sejarah budaya keselamatan dan Kesehatan kerja

**Tabel 1** Perkembangan Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Tahun	Perkembangan Keselamatan dan Kesehatan Kerja
1556	Dr. Agricola menerbitkan buku tentang pertambangan logam yang dapat menimbulkan penyakit terhadap buruh tambang
1567	Dr. Paracelsus menebirkan risalah mengenai penyakitpenyakit pada para pekerjaan penambangan dan peleburan.
1700	Bernardino Ramazzini di kenal sebagai Bapak Kedokteran Industrial, mempublikasikan bukunya yang pertama tentang penyakit akibat kerja dan Demorbis Artificum Diatriba.
1802	Bernardino Ramazzini di kenal sebagai Bapak Kedokteran Industrial, mempublikasikan bukunya

	yang pertama tentang penyakit akibat kerja dan Demorbis Artificum Diatriba.
1864	Pennsylvania menerapkan keselamatan kerja di area tambang
1896	Di Amerika Serikat didirikan Nasional Fire Protection Association (NFPA) dengan tujuan untuk preventif kebakaran serta menciptakan standar
1914	Publik Health Service di Amerika Serikat mendirikan kantor Higiene Industri dan Sanitasi. Pada tahun 1971 organisasi ini menggantikan nama menjadi Nasional Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH)
1918	Pendirian American Standard Association yang berhasil memunculkan banyak standard sukarela, beberapa dijadikan hukum positif. Saat ini lebih terkenal dengan nama American Nasional Standards Institute (ANSI).
1942	Gorgon mengformalisasi sebuah ide epidemiologi dan digunakan sebagai dasar teori dalam pencegahan kecelakaan. Struktur tempat kerja merupakan salah satu penyebab utama dari kecelakaan jatuh dari ketinggian menurut De Heaven.
1954	Manager pertambangan bertanggung jawab terhadap keselamatan pekerja dan keputusan ini dilegalkan di Inggris.
1970	Occupational Safety and Health Administration (OSHA) di Amerika Serikat menjadi landasan terbentuknya undang-undang keselamatan dan kesehatan kerja.
1974	Terjadinya tragedi fliksborough yang menewaskan 28 orang memiliki dampak besar pada keilmuan teknik kimia di Inggris. Inggris menetapkan adanya undang-undang keselamatan dan kesehatan di tempat kerja dan pertama kalinya melibatkan karyawan dan para pekerja dalam pembentukan sistem keselamatan dan kesehatan kerja.
1988	Tragedy piper alpha terjadi dan menewaskan 167 awak kapal, kecelakaan ini merupakan bencana minyak lepas pantai terburuk di dunia dalam hal korban jiwa dan berdampak terhadap industri.
2006	Tindakan resmi suatu negara untuk mengikat dirinya pada suatu perjanjian internasional dengan konfrensi Internasional Labour Organization (ILO).

Sumber : Widodo, 2021

Sejak awal abad ke-21, berbagai penelitian telah mengungkap tingginya angka kejadian tidak diinginkan (adverse event) di rumah sakit di seluruh dunia, termasuk di Amerika Serikat. Laporan Institute of Medicine tahun 2020 menunjukkan bahwa ribuan pasien meninggal setiap tahun akibat kesalahan medis. Menghadapi situasi ini, WHO meluncurkan inisiatif global untuk meningkatkan keselamatan pasien pada tahun 2004. Di Indonesia, gerakan keselamatan pasien juga telah dimulai sejak tahun 2005, dengan berbagai upaya untuk mengadopsi praktik-praktik terbaik yang telah terbukti efektif di negara lain.

#### 4. Langkah Keselamatan Pasien

Langkah Keselamatan Pasien adalah serangkaian tindakan yang dilakukan untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan kesehatan yang aman dan terhindar dari cedera atau kesalahan medis. Langkah-langkah ini dirancang untuk mencegah terjadinya kejadian yang tidak diinginkan (KTD) seperti kesalahan operasi, infeksi, atau cedera akibat jatuh. Menurut DEPKES (2006) yaitu :

- a. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien. Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
- b. Pimpin dan dukung staf anda Bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit anda.
- c. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang berpotensi masalah
- d. Kembangkan sistem pelaporan Pastikan staf Anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/ insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS).



- e. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.
  - f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien Dorong staf anda untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.
  - g. Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien Gunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.
5. Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi oleh Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS). Adapun maksud dan tujuan Sasaran Keselamatan Pasien adalah untuk mendorong rumah sakit agar melakukan perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran ini menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan rumah sakit dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus para ahli atas permasalahan ini. Sistem yang baik akan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan pasien (SNARS, 2018). Menurut Kemenkes (2011) :

- a. Sasaran I : Ketepatan identifikasi pasien
  - b. Sasaran II : Peningkatan komunikasi yang efektif
  - c. Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (HighAlert)
  - d. Sasaran IV : Kepastian tepat-lokasi, Tepat-prosedur, Tepat pasien operasi
  - e. Sasaran V : Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
  - f. Sasaran VI : Pengurangan risiko pasien jatuh
6. Insiden Keselamatan Pasien

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691 Tahun 2011 mendefinisikan insiden keselamatan pasien sebagai

segala peristiwa yang tidak direncanakan dan berpotensi atau telah menyebabkan cedera pada pasien. Cedera ini bisa terjadi karena adanya tindakan medis yang seharusnya dilakukan namun tidak dilakukan (kelalaian) atau karena tindakan yang dilakukan namun tidak tepat (kesalahan).

Insiden keselamatan pasien dikategorikan menjadi beberapa jenis, antara lain:

- a. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) : Suatu peristiwa yang hampir menyebabkan cedera pada pasien, namun untungnya belum terjadi.
  - b. Kejadian Tidak Cedera (KTC) : Peristiwa yang telah terjadi pada pasien, namun tidak menimbulkan cedera yang tampak.
  - c. Kondisi Potensial Cedera (KPC) : Situasi yang memiliki risiko tinggi untuk menyebabkan cedera jika tidak segera diatasi.
  - d. Kejadian Sentinel : Insiden serius yang mengakibatkan kematian atau cedera parah pada pasien.
7. Faktor – faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien

Keselamatan pasien merupakan salah satu aspek penting dalam pelayanan kesehatan. Budaya keselamatan pasien mencakup sikap, nilai, dan praktik yang mendukung upaya untuk meningkatkan keselamatan pasien. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien, di antaranya:

- a. Kepemimpinan yang Kuat Kepemimpinan yang berkomitmen terhadap keselamatan pasien sangat penting. Pemimpin harus menjadi teladan dan mendukung inisiatif keselamatan dengan memberikan sumber daya yang cukup, seperti pelatihan dan teknologi yang diperlukan (Bagnasco et al., 2020).
- b. Komunikasi yang Efektif Komunikasi yang baik antar tim kesehatan berperan besar dalam mencegah kesalahan medis. Sistem komunikasi yang terbuka

memungkinkan staf untuk melaporkan masalah tanpa takut akan repercusi. Penelitian menunjukkan bahwa tim yang berkomunikasi dengan baik dapat mengurangi insiden kesalahan medis (Huang et al., 2021).

- c. Pelatihan dan Pendidikan Pendidikan berkelanjutan tentang keselamatan pasien bagi semua staf medis sangat penting. Pelatihan ini harus mencakup prosedur keselamatan, penggunaan alat medis, serta manajemen risiko. Dengan meningkatkan pengetahuan, staf lebih mampu mengidentifikasi dan mengatasi potensi risiko (Tzeng et al., 2020).
- d. Lingkungan Kerja yang Mendukung Lingkungan kerja yang mendukung sangat berpengaruh terhadap budaya keselamatan. Fasilitas yang baik, akses terhadap sumber daya, dan perlengkapan yang memadai dapat meningkatkan kinerja staf dan mendorong mereka untuk menjaga keselamatan pasien (Ginsburg et al., 2020).
- e. Keterlibatan Pasien dan Keluarga Keterlibatan pasien dan keluarga dalam proses perawatan dapat meningkatkan keselamatan pasien. Dengan melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan dan memberikan informasi yang jelas, risiko kesalahan dapat diminimalkan (McGowan et al., 2021).
- f. Sistem Pelaporan Kesalahan Implementasi sistem pelaporan yang efektif memungkinkan identifikasi dan analisis insiden keselamatan pasien. Dengan mendorong pelaporan tanpa stigma, organisasi dapat belajar dari kesalahan dan mengembangkan strategi untuk mencegahnya di masa depan (Levinson et al., 2020).

## DAFTAR PUSTAKA

- Wianti A, AS, dkk (2021). Karakteristik dan Budaya Keselamatan Pasien Terhadap Insiden Keselamatan Pasien : Jurnal Keperawatam Silampari, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jendral Achmad Yani Cimahi.
- Ghofar, Abdul (2021). Manajemen Budaya Keselamatan Dan Keselamatan Pasien Dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan Rumah Sakit. Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan, STIKep PPNI, Jawa Barat.
- Bagnasco, A. et al (2020). Leadership and Patient Safety culture. A systematic review. *Internasional Journal of Environment Research and Public Health*
- Wulandari, S. (2023). Peran Teknologi dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 11 (1), 45-55.
- Khairurrozi, M (2021). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Budaya Keselamatan Pasien Pada Perawat Dalam Melakukan Pelayanan Kepada Pasien Di Ruang Rawat RS.X
- Sri A, Shofi Khaqul, dkk (2023). Buku Keselamatan Pasien Dan Keselamatan Kesehatan Kerja. Jambi
- Sriningsih, N. dkk (2020). Pengetahuan Penerapan Keselamatan Pasien (Patient Safety) Pada Petugas Kesehatan. *Jurnal Kesehatan*, Vol. 9 No. 1 (2020). ISSN 2086-9266 e-ISSN 2654-587

## BIODATA PENULIS



**Asrori, AMAK, S.Pd., MM** Lahir di teluk kijang pada 08 Agustus 1969. Menyelesaikan kuliah D3 Analisis Kesehatan (AAK) Bandung tahun 1996/1997, kemudian melanjutkan kuliah di perguruan tinggi FKIP Biologi UNSRI Tahun Lulus 2001/2002, dan kemudian melanjutkan kuliah di Magister Manajemen Universitas Tridinanti Palembang Tahun 2016/2017 dan sampai saat ini Penulis bekerja menjadi Dosen Tetap di Poltekkes Kemenkes Palembang Jurusan Teknologi Laboratorium Medis Program Studi Sarjana Terapan.

# BAB 4

## Insiden Keselamatan Pasien

\*Iswanti Purwaningsih., M.Kep\*

### A. Pendahuluan

Keselamatan pasien merupakan prioritas utama dalam pelayanan kesehatan. Insiden keselamatan pasien adalah kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (Permenkes No 11 tahun 2017). Insiden keselamatan pasien masalah yang serius dan memerlukan perhatian khusus. Upaya pencegahan dan penanganan yang tepat dapat mengurangi risiko dan dampak dari insiden tersebut, serta meningkatkan keselamatan dan kualitas pelayanan kesehatan.

Insiden keselamatan pasien meliputi beberapa kejadian antara lain kesalahan medis, *Healthcare-Associated Infections* (HAIs) atau yang juga dikenal dengan infeksi nosocomial, kesalahan administrasi obat, pasien jatuh dan kegagalan alat medis.

Peraturan Menteri Kesehatan nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien, tenaga Kesehatan dalam melakukan Tindakan diutamakan melakukan Upaya untuk menjaga keselamatan pasien. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan, fasilitas pelayanan Kesehatan, melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang diberikan oleh fasilitas Kesehatan.

Insiden keselamatan pasien menjadi indikator mutu pelayanan dan harus dilaporkan ke komite keselamatan pasien Rumah sakit setempat (Nashifah & Adriansyah, 2021).

Terdapat empat jenis insiden keselamatan pasien di fasilitas Kesehatan meliputi :

- a. Kondisi Potensial Cidera (KPC)
- b. Kejadian Nyaris Cidera (KNC)
- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC)
- d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Jaminan terwujudnya keselamatan pasien oleh Fasilitas pelayanan Kesehatan dilakukan melalui pembentukan system pelayanan yang menerapkan : standar keselamatan pasien, sasaran keselamatan pasien dan tujuh langkah menuju keselamatan pasien (Condro, 2020).

Setiap fasilitas pelayanan Kesehatan harus mempunyai komite keselamatan pasien sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan fasilitas pelayanan Kesehatan tersebut. Di fasilitas pelayanan kesehatan juga harus memiliki system mekanisme pelaporan internal dan eksternal yang berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang analisis akar masalah dari insiden keselamatan pasien yang terjadi (Pereenkes No 11 tahun 2017).

## **B. Konsep Insiden Keselamatan Pasien**

### **1. Pengertian**

Insiden keselamatan Pasien yang juga disebut sebagai insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cidera yang dapat dicegah pada pasien (Pereenkes No 11 tahun 2017).

Insiden keselamatan pasien merupakan suatu kejadian yang tidak disengaja ketika memberikan asuhan kepada pasien (*care management problem* (CMP) atau kondisi yang berhubungan dengan lingkungan di rumah sakit termasuk infrastruktur, sarana prasarana (*service delivery problem* (SDP), yang dapat berpotensi atau telah menyebabkan bahaya bagi pasien (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 2022).

## 2. Klasifikasi Insiden Keselamatan Pasien

Menurut Permenkes no 11 tahun 2017, Insiden keselamatan pasien dapat diklasifikasikan ke dalam 4 kelompok kejadian, berdasarkan sifat dan kejadiannya. Berikut adalah klasifikasi dari insiden keselamatan pasien tersebut :

### a. Kondisi Potensial Cidera (KPC)

Kondisi Potensial Cidera (KPC) merupakan kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera tetapi belum terjadi insiden.

Kondisi yang dapat menyebabkan terjadinya KPC adalah penyimpanan obat-obatan yang termasuk dalam kategori *Look Alike Sound A like* (LASA) atau Nama Obat Rupa Ucapan Mirip (NORUM) secara berdekatan. LASA adalah obat-obatan yang tampak kelihatan mirip baik dari nama obat, rupa atau obatnya mirip. Obat-obatan LASA mempunyai potensi membingungkan staf pelaksana sehingga menjadi penyebab kesalahan dalam penyiapan obat. (Nurkhikma Eny & Mudalipah (2017). Terdapat banyak nama obat beredar yang terdengar serupa dengan nama obat lainnya maka sangat memungkinkan potensi terjadinya kesalahan, sebagai contoh, dopamin dan dobutamine. Contoh lain adalah peralatan medis yang tidak berfungsi dengan baik, catatan medis tidak terbaca, melakukan Tindakan diluar kewenangan dan keterlambatan dalam melakukan Tindakan.

### b. Kejadian Nyaris Cidera (KNC)

Kejadian Nyaris Cidera (KNC) merupakan terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien . Contoh dari KNC ini adalah suatu obat dengan dosis *lethal* (overdosis) akan diberikan kepada pasien, tetapi staf lain mengetahui dan kemudian membatalkannya sebelum obat tersebut diberikan kepada pasien. Contoh lain adalah tidak dilakukannya secara optimal pengkajian risiko jatuh, pemasangan pengaman tempat



tidur dan tidak di pasang penanda gelang kuning atau segita kuning penanda risiko jatuh (Adhelna Shella dll, 2024).

c. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Kejadian Tidak Cedera (KTC) merupakan terjadinya insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.

Contoh dari KTC adalah seorang pasien hampir jatuh dari tempat tidur karena tidak menggunakan pengaman, namun seorang perawat segera membantu pasien sehingga tidak terjadi cedera. Contoh lain adalah perawat hampir memberikan obat yang salah kepada pasien, namun menyadari kesalahannya sebelum obat diberikan dan memeriksa kembali program terapi pasien, sampel darah lisis/rusak sebelum diperiksa hingga harus diambil darah ulang, pemeriksaan radiologis atau penunjang ulang karena pemeriksaan sebelumnya tidak lengkap.

d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) merupakan insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien. KTD ini merupakan insiden yang tidak diinginkan yang terjadi selama proses perawatan pasien dan dapat berdampak buruk pada pasien, meskipun tidak selalu mengakibatkan cedera, namun bisa juga menyebabkan terjadinya cidera yang serius atau disebut dengan sentinel. Contoh KTD di rumah sakit adalah Pasien terjatuh dari tempat tidur atau kursi roda karena tidak adanya pengawasan atau pengamanan yang memadai, seperti rel pelindung yang tidak dinaikkan, kursi roda yang tidak dikunci. Contoh lain adalah Pasien tertular infeksi saat berada di rumah sakit, seperti infeksi saluran kemih akibat pemasangan kateter yang tidak steril atau infeksi luka bedah akibat proses pembedahan yang tidak steril, pemberian obat yang

dosisnya salah baik itu terlalu rendah atau terlalu tinggi.

Kejadian KTD yang mengakibatkan kematian , cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan baik fisik ataupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien.

Contoh kejadian sentinel berupa kejadian pembedahan pada bagian tubuh yang salah, bayi tertukar, penculikan bayi, kejadian yang menyangkut moral, misalnya perkosaan atau tindakan kekerasan.

Secara ringkas insiden keselamatan pasien berdasarkan kejadian, paparan dan adanya cedera dapat dilihat sebagaimana gambar dibawah ini.

Jenis Insiden				Situasi
Belum Kejadian	Sudah Kejadian			Kejadian
KPC	Belum Terpapar	Sudah Terpapar		Paparan Pasien
	KNC	Tidak ada Cedera	Ada Cedera	Cidera
		KTC	KTD	
			Sentinel	

**Gambar 1** Pembagian Insiden Keselamatan Pasien

### 3. Mengapa Error bisa terjadi?

Penyebab terjadinya Insiden keselamatan Pasien merupakan sesuatu yang kompleks, hal ini terkait beberapa factor yang berperan diantaranya manusia, system serta pasien itu sendiri. IKP terjadi karena adanya celah dalam system perawatan Kesehatan yang menyangkut hal tersebut.

Dalam kejadian IKP manusia manusia sebagai salah satu faktir yang dapat menyebabkan terjadinya IKP meliputi 3

aspek , yaitu sebagai individu yang bekerja, tugas yang dilakukan, dan tempat kerja dengan peralatan dan teknologi yang digunakan. Proses pelayanan Kesehatan banyak yang tergantung pada manusianya , yaitu dokter dan perawat ataupun juga petugas lain. Keberhasilan dalam pelayanan Kesehatan diperlukan integrasi semua petugas Kesehatan yang harus harmonis, mulai dari diagnosis dokter, pesan dan resep yang dituliskan, pemahaman perawat dan kemampuan menyampaikan hasil observasi, serta bagaimana atim Kesehatan lain memahami permintaan dan instruksi.

Beberapa situasi dapat menjadi penyebab risiko terjadinya insiden, sehingga tenaga Kesehatan termasuk perawat harus mempunyai kemampuan menganalisis situasi. Dua faktir yang berdampak cukup besar adalah kelelahan dan stress. Tingkat stress yang tinggi dapat terjadi pada setiap orang yang dapat meningkatkan risiko kekeliruan, sementara level stress yang sangat rendah juga membawa dampak kebosanan dan kegagalan untuk menangani tugas yang butuh kewaspadaan.

Faktor individu yang meningkatkan *error* seringng disingkat dengan HALT (*Hungry, Angry, Late, Tired*) atau TeLeLaMa (Telat, Lelah, Lapar, Marah).

**Tabel 1** Faktor individu dan lingkungan yang meningkatkan risiko “error”

Situasi yang meningkatkan potensi “error”	Faktor individu yang meningkatkan potensi “error”
Tidak familiar dengan tugas Kurang pengalaman Keterbatasan waktu Kurang cek dan ricek Prosedur yang lemah Interaksi alat dan manusia yang lemah	Keterbatasan kapasitas memori Lelah Stress Lapar Sakit ‘ Hambatan Bahasa dan budaya Perilaku yang merugikan

## DAFTAR PUSTAKA

- Condro, L. 2020. Tinjauan Pelaksanaan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. *Maksigama*, 12(1), 38-45.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1128/2022 Tentang Standar Akreditasi Rumah sakit).
- Kusumawati, Tri Wahyu ; Universitas Indonesia. Fakultas Kesehatan Masyarakat. Administrasi dan Kebijakan Kesehatan . 2014. *Analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaporan insiden keselamatan pasien oleh petugas sharp end pada instalasi rehabilitasi, farmasi dan laboratorium di rumah sakit X*. Depok : FKM UI
- Nurkhikmah Eny, Musdalipah, 2017. Studi Penyimpanan Obat Lasa ( Look Alike Saund Alike ) Di Instalasi Farmasi Rumah Sakit Bhayangkara. *Warta Farmasi* 9 (1), 71 - 81 [Journal.Id/Wartafarmasi/Article/Download/74/35/](http://Journal.Id/Wartafarmasi/Article/Download/74/35/)
- Nur Sa'adah Nashifah, Agus Aan Adriansyah (2021) Analisis Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien : Studi Kasus Di Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya
- Muhlis M, Resa Andyani, Tika Wulandari, Aulisa A. Sahir, 2019 ,Pengetahuan Apoteker tentang Obat-Obat *Look-alike Sound-alike* dan Pengelolaannya di Apotek Kota Yogyakarta Fakultas Farmasi, *Jurnal Farmasi Klinik Indonesia*, Juni 2019 Tersedia online pada: Vol. 8 No. 2, hlm 10 Universitas Ahmad Dahlan, Yogyakarta
- Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 11 Tahun 2017 Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Tentang Keselamatan Pasien
- Shella Adhel 2024. Studi Kasus Kejadian Nyaris Cedera (Knc) Pada Pasien Risiko Jatuh; Volume 6 Nomor 4 , *Jurnal Penelitian Perawat professional* e-ISSN 2715-6885; p-ISSN 2714-9757 <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/PPP>
- Wardhani Viera, 2017. Buku ajar Managemen Keselamatan Pasien. UB Press. Malang

- WHO. 2009. *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*.
- WHO. 2019. *Patient Safety: Global Action on Patient Safety*.

## BIODATA PENULIS



**Iswanti Purwaningsih, S.Kep.,Ns.M.Kep** lahir di Bantul, 27 Desember 1976. Menyelesaikan Pendidikan S1 keperawatan di PSIK FK Universitas Gadjah Mada dan S2 Program Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen tetap di Politeknik Kesehatan Karya Husada Yogyakarta.

# BAB 5

## Peran Perawat Dalam Keselamatan Pasien

*\*Johana Tuegeh S.Pd.S.SiT,M.Kes\**

### A. Pendahuluan

Keselamatan pasien (Patient safety) merupakan hak setiap pasien yang mendapatkan pelayanan Kesehatan. Keselamatan pasien adalah upaya untuk mencegah insiden yang berefek buruk terhadap pasien sehingga dapat menyebabkan cedera atau komplikasi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Keselamatan pasien merupakan prioritas yang utama dalam pelayanan kesehatan dan pelayanan keperawatan. Keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan sangat erat hubungannya dengan profesionalisme tenaga medis yang terkait, seperti dokter, perawat, bidan dan tenaga lainnya. Perawat sebagai salah satu komponen sumber daya manusia (SDM) dalam sistem pelayanan kesehatan yang bertugas langsung pada garis depan dan berhadapan dengan pasien, tanpa mengabaikan peran tenaga kerja lainnya.

### B. Peran Perawat dalam Keselamatan Pasien

Mencegah insiden keselamatan merupakan peran utama perawat yang berada di rumah sakit, karena perawat adalah tenaga kesehatan yang paling dominan di Indonesia dan memiliki hubungan secara langsung dengan pasien. Perawat juga selalu berada di sekitar pasien selama pelayanan kesehatan diberikan.

Perawat mempunyai peranan yang sangat penting dalam mewujudkan Patient safety di ditatanan pelayanan kesehatan (RS, Puskesmas dan sarana yankes lainnya) yakni

sebagai pemberi pelayanan keperawatan, perawat harus mematuhi semua standar pelayanan dan standard operasional Prosedur (SOP) yang telah dibuat dan ditetapkan serta menerapkan prinsip-prinsip etik dalam pemberian pelayanan keperawatan, memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga, melakukan pendokumentasian dengan benar dari semua asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien; serta menerapkan komunikasi efektif dalam memberikan pelayanan dengan tim keperawatan dan kesehatan lainnya merupakan hal yang sangat berperan terhadap keberhasilan suatu pelayanan yang diberikan kepada pasien dan keluarganya.

1. Peran perawat dalam memberikan keselamatan pasien (patient safety) dapat dilakukan mengacu pada 7 Standar Keselamatan Pasien ( "Hospital Patient Safety Standards" yang dikeluarkan oleh Joint Commision on Accreditation of Health Organizations, Illinois, USA, tahun 2002), yaitu dengan cara berikut :
  - a. Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya agar mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan).
  - b. Memberikan pengarahan, perencanaan pelayanan kesehatan pada pasien dan keluarga mengenai keselamatan pasien
  - c. Menjaga keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.
  - d. Menggunakan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
  - e. Menerapkan peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
  - f. Menerima pendidikan tentang keselamatan pasien
  - g. Menjaga komunikasi sebagai kunci bagi perawat untuk mencapai keselamatan pasien.



2. Peran Perawat mengacu pada Enam (6) Goals Patient Safety:
  - a. Melakukan Identifikasi Pasien : mengidentifikasi pasien sebelum melakukan perawatan atau prosedur tindakan lainnya serta melakukan identifikasi menggunakan dua identitas pasien.
  - b. Melakukan komunikasi efektif : menuliskan secara lengkap dan membacakan kembali perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan serta Melakukan komunikasi efektif saat handover dengan SBAR.
  - c. Memastikan keamanan obat : n Melakukan verifikasi terhadap obat yang akan diberikan kepada pasien, Memonitor secara ketat pemberian obat high alert serta Melaksanakan program terapi dengan menggunakan prinsip 6 benar pemberian obat
  - d. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar : Memastikan tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi saat mengantar pasien ke ruang operasi.
  - e. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan : Melakukan cuci tangan dengan 6 langkah proses hand higynes, Menggunakan alat pelindung Diri (APD), Menerapkan Teknik desinfeksi dan sterilisasi alat dan bahan yang digunakan dalam pelayanan kesehatan
  - f. Pengurangan resiko pasien cedera karena jatuh : melakukan identifikasi dan menerapkan “prosedur pencegahan jatuh” berdasarkan pada kategori risiko jatuh yaitu rendah, sedang, tinggi, kebutuhan dan keterbatasan pasien, riwayat jatuh sebelumnya dan penggunaan alat pengaman, asesmen klinis harian, Selalu mengunci roda tempat tidur dan pasang penghalang tempat tidur, Mengatur pencahayaan sesuai kebutuhan pasien serta Memastikan barang-barang yang dibutuhkan berada dalam jangkauan.

3. Adapun cara Perawat dalam meningkatkan keselamatan Pasien :
  - a. Pemantauan. Observasi merupakan aspek penting dari peran perawat dalam keselamatan pasien, karena mereka biasanya menghabiskan lebih banyak waktu dengan pasien dibandingkan dengan tenaga kesehatan lainnya. Mereka perlu waspada dan memantau segala macam komplikasi, mulai dari luka baring hingga infeksi. Selain itu, kemajuan teknologi – seperti pemindaian kode batang obat dan termometer inframerah – memungkinkan perawat untuk memantau pasien secara lebih efektif.
  - b. Komunikasi. Perawat sering berinteraksi dengan dokter dan anggota tim medis lainnya dan, sebagai pembela pasien, bertanggung jawab untuk mengenali dan mengomunikasikan kesalahan dan masalah lainnya. Mereka perlu memiliki pemahaman tentang kondisi pasien dan pengobatan, prosedur, atau perawatan yang diterima pasien untuk mengidentifikasi potensi masalah.
  - c. Edukasi Pasien. Ketidakpatuhan terhadap rencana perawatan, seperti aturan pengobatan dan perawatan luka, merupakan sumber umum kejadian buruk yang mengancam keselamatan pasien. Sebagai titik kontak utama bagi pasien dan keluarga mereka, perawat berada dalam posisi ideal untuk mendidik pasien tentang kondisi mereka dan cara merawatnya dengan tepat.

## DAFTAR PUSTAKA

Kemenkes RI. (2011). Permenkes RI No.1691/Menkes/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah

Sakit.

Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kemenkes RI (2017), Buku Ajar Keperawatan Manajemen Keselamatan Pasien.

<file:///C:/Users/User/Downloads/PERAN%20PERAWAT%20DALAM%20PENERAPAN%20KESELAMATAN%20PASIEN%20DI%20RUMAH%20SAKIT.pdf>

<https://online.hpu.edu/blog/nurses-role-in-patient-safety>

<https://repository.unika.ac.id/17453/1/15.C2.0027%20CHRISTINA%20NUR%20WIDAYATI%20%289.71%29.COVER.pdf>

[file:///C:/Users/User/Downloads/91-](file:///C:/Users/User/Downloads/91-101+PERAN+PERAWAT+DALAM+KESELAMATAN+PASIEN+DI+RUMAH+SAKIT+UMUM+DAERAH+OTANAHA+GORONTALO.pdf)

<101+PERAN+PERAWAT+DALAM+KESELAMATAN+PASIEN+DI+RUMAH+SAKIT+UMUM+DAERAH+OTANAHA+GORONTALO.pdf>

## BIODATA PENULIS



**Johana Tuegeh, SPd, SSiT, MKes.** Lahir di Lembean, 27 Desember 1963. Lulusan dari : AKPER DepKes Manado, IKIP Negeri Manado, D-IV Perawat Pendidik Peminatan KMB Faked UNHAS Makassar dan Pasca Sarjana UNSRAT Manado. Johana Tuegeh sebagai dosen di AKPER DepKes Manado sejak Tahun 1989 kemudian beralih menjadi Poltekkes Kemenkes Manado sampai sekarang.

# BAB 6

## Indikator Mutu Pelayanan dalam Keselamatan Pasien

*\*Dr. Abbasiah, SKM., M.Kep\**

### A. Pendahuluan

Keselamatan Pasien adalah paradigma yang menjadi sangat penting untuk dijadikan dasar dalam memberikan pelayanan. Pentingnya paradigma ini dapat dilihat dalam empat pasal yang disampaikan dalam Undang-Undang Rumah Sakit. Peraturan Keselamatan Pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Sasaran Keselamatan Pasien atau biasa disebut SKP merupakan sistem pelayanan yang wajib diberikan kepada pasien. Tujuannya, agar pasien aman dan nyaman selama menggunakan jasa layanan kesehatan di rumah sakit. Pelayanan kesehatan yang dimaksud adalah pengobatan rawat inap, rawat jalan, tindakan penunjang, tindakan operasi dan tindakan lainnya.

Indikator mutu pelayanan dalam keselamatan pasien adalah ukuran atau parameter yang digunakan untuk menilai seberapa baik suatu fasilitas kesehatan melaksanakan upaya-upaya untuk melindungi pasien dari potensi bahaya atau risiko selama perawatan. Dengan meningkatnya keselamatan pasien diharapkan kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dapat meningkat (Kemenkes RI, 2015).

## **B. Konsep Keselamatan Pasien**

Konsep keselamatan pasien (patient safety) secara mendasar diartikan sebagai “freedom from accidental injury” atau bebas dari cedera yang tidak disengaja oleh Institute of Medicine. WHO menjelaskan bahwa keselamatan pasien adalah tidak adanya bahaya yang dapat dicegah bagi pasien selama proses perawatan kesehatan. Disiplin keselamatan pasien adalah upaya terkoordinasi untuk mencegah bahaya yang disebabkan oleh proses perawatan kesehatan itu sendiri terjadi pada pasien.

Berdasarkan Permenkes RI No. 11 Tahun 2017, keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen 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. Semakin berkembangnya ilmu dan teknologi pelayanan kesehatan menjadi semakin kompleks dan berpotensi terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan – KTD (Adverse Event) apabila tidak dilakukan dengan hati-hati (Rs Kasih Ibu Surakarta, 2022).

Intinya, keselamatan pasien berkaitan dengan asuhan pasien, insiden yang dapat dicegah atau yang seharusnya tidak terjadi selama perawatan.

1. Manfaat tercapainya keselamatan pasien adalah :
  - a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di fasilitas kesehatan.

Dengan adanya budaya keselamatan, seseorang yang berada di lingkungan fasilitas kesehatan akan lebih sadar terhadap pasien yang membutuhkan.

- b. Menurunkan kejadian tidak diharapkan di fasilitas kesehatan.

Tercapainya keselamatan pasien akan menurunkan risiko kejadian tidak diinginkan akibat dari kesalahan pelayanan.

- c. Meningkatkan akuntabilitas fasilitas kesehatan.

Dengan tercapainya keselamatan pasien akan meningkatkan akuntabilitas fasilitas kesehatan dan kepercayaan masyarakat terhadap fasilitas kesehatan.

- d. Terlaksananya program-program keselamatan pasien

Tercapainya keselamatan pasien, artinya terlaksana pula program-program upaya mencegah kejadian tidak diinginkan kembali terjadi (Nurprilinda et al., 2024).

2. Tujuan dari keselamatan pasien adalah :

- a. Aman (*Safety*)

Pasien terbebas dari luka atau cedera

- b. Efektif (*Effective*)

Pelayanan sesuai dengan kompetensi dan ilmu pengetahuan

- c. Berfokus pada pasien (*Patient-Centered*)

Pelayanan sesuai kebutuhan pasien

- d. Menurunkan waktu tunggu (*Timely*)

Pasien tidak menunggu lama untuk menerima pelayanan

- e. Efisien (*Efficient*)

Penggunaan bahan dan alat sesuai kebutuhan

- f. Pelayanan sesuai standar (*Equitable*)

Pelayanan yang diberikan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan .

Keselamatan pasien diselenggarakan melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan standar keselamatan pasien, sasaran keselamatan pasien

dan 7 langkah menuju keselamatan pasien.

### 3. Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien merupakan hak pasien dan keluarganya untuk mendapatkan informasi tentang diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternatif tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, prognosis terhadap tindakan yang dilakukan dan perkiraan biaya pengobatan. Standar keselamatan pasien merupakan acuan bagi fasilitas kesehatan untuk melaksanakan kegiatannya.

Standar keselamatan pasien antara lain, yaitu :

#### STANDAR I. HAK PASIEN

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan.

Kriteria:

- a. Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- b. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan.
- c. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan.

#### STANDAR II. MENDIDIK PASIEN DAN KELUARGA

Fasilitas pelayanan kesehatan harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

Kriteria:

Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di fasilitas pelayanan kesehatan harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien



dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat:

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

### STANDAR III. KESELAMATAN PASIEN DALAM KESINAMBUNGAN PELAYANAN

Fasilitas pelayanan kesehatan menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

Kriteria:

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

#### STANDAR IV. PENGGUNAAN METODE-METODE PENINGKATAN KINERJA UNTUK MELAKUKAN EVALUASI DAN PROGRAM PENINGKATAN KESELAMATAN PASIEN

Fasilitas pelayanan kesehatan harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

Kriteria:

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

#### STANDAR V. PERAN KEPEMIMPINAN DALAM MENINGKATKAN KESELAMATAN PASIEN

- a. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.

- b. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.
- c. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
- d. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien.
- e. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.

#### Kriteria

- a. Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- b. Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden, yang mencakup jenis-jenis kejadian yang memerlukan perhatian, mulai dari “Kejadian Nyaris Cedera” (Near miss) sampai dengan “Kejadian Tidak Diharapkan’ (Adverse event).
- c. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- d. Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
- e. Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah (RCA) “Kejadian Nyaris Cedera” (Near miss) dan “Kejadian Sentinel’ pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.

- f. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani “Kejadian Sentinel” (Sentinel Event) atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan “Kejadian Sentinel”.
- g. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin.
- h. Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.
- i. Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

#### STANDAR VI. MENDIDIK STAF TENTANG KESELAMATAN PASIEN

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

##### Kriteria:

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

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

#### STANDAR VII. KOMUNIKASI SEBAGAI KUNCI BAGI STAFF UNTUK MENCAPAI KESELAMATAN PASIEN

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

##### Kriteria:

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

Berdasarkan *International Patient Safety Goals*, terdapat enam sasaran keselamatan pasien (Joint Commission International, 2024). Sasaran keselamatan pasien atau SKP wajib diberikan kepada pasien yang bertujuan agar pasien aman dan nyaman di fasilitas kesehatan.

Terdapat enam sasaran keselamatan pasien, yang terdiri dari:

- a. Ketepatan identifikasi pasien  
Fasilitas pelayanan Kesehatan menyusun pendekatan untuk memperbaiki ketepatan

identifikasi pasien. Tujuan ganda dari sasaran ini adalah : pertama, untuk dengan cara yang dapat dipercaya/reliable mengidentifikasi pasien sebagai individu yang dimaksudkan untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan; dan kedua, untuk mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

- b. Peningkatan komunikasi efektif  
Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh resipien/penerima serta tidak terdapat miskomunikasi pada saat melakukan perintah/tindakan. Kesalahan akan berkurang dan keselamatan pasien akan meningkat.
- c. Peningkatan keamanan obat  
Bentuk pelaksanaan keamanan obat ini di antaranya, melakukan *double check* di lapangan yang melibatkan beberapa orang untuk menghindari kesalahan. *Double check* ini meliputi 5 benar, yakni benar obat, benar pasien, benar dosis, benar cara dan benar waktu pemberian (RSUD dr. Iskak Tulung Agung, 2022).
- d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi  
Setiap pasien yang akan mengalami tindakan pembedahan dipastikan harus tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi.
- e. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan  
Pokok dari eliminasi infeksi adalah cuci tangan (hand hygiene) yang tepat.
- f. Pengurangan resiko pasien jatuh  
Kasus pasien jatuh merupakan bagian bermakna penyebab cedera pasien rawa inap.

## 5. Tujuh Langkah Keselamatan Pasien

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

Tujuh langkah menuju keselamatan pasien terdiri dari :

- a. Membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien.  
Ciptakan budaya adil dan terbuka
- b. Memimpin dan mendukung staf.  
Tegakkan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien diseluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan anda.
- c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko.  
Bangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan
- d. Mengembangkan sistem pelaporan  
Pastikan staf anda mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal ) maupun eksternal (nasional).
- e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien.  
Kembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien.
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien.  
Dorong staf untuk menggunakan analisa akar masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden.
- g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien  
Pembelajaran lewat perubahan-perubahan didalam

praktek, proses atau sistem. Untuk sistem yang sangat kompleks seperti Fasilitas pelayanan Kesehatan untuk mencapai hal-hal diatas dibutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama (Kemenkes RI, 2015).

6. Indikator Mutu Pelayanan dalam Keselamatan Pasien

Indikator mutu adalah tolok ukur yang digunakan untuk menilai tingkat mutu pelayanan kesehatan. Fasilitas kesehatan harus menetapkan beberapa indikator penilaian mutu dalam keselamatan pasien dan melakukan evaluasi secara berkala. Upaya peningkatan mutu pelayanan bertujuan meningkatkan pelayanan kesehatan melalui upaya peningkatan mutu pelayanan fasilitas kesehatan. Evaluasi mutu pelayanan harus dilakukan secara efektif dan efisien agar tercapai derajat kesehatan yang optimal.

Indikator mutu pelayanan dalam keselamatan pasien menggunakan enam sasaran keselamatan pasien sesuai dengan *International Patient Safety Goals* yaitu :

- a. Ketepatan identifikasi pasien.
- b. Peningkatan Komunikasi yang efektif.
- c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*)
- d. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi
- e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- f. Pengurangan risiko pasien jatuh





**Gambar 1.** Ketepatan Identifikasi Pasien



**Gambar 2.** Peningkatan Komunikasi yang Efektif dengan Pasien



**Gambar 3.** Mendampingi Pasien untuk Mengurangi Risiko Pasien Jatuh

## DAFTAR PUSTAKA

- Joint Commission International. (2024). *International Patient Safety Goals*. Joint Commission International; Joint Commission International.  
<https://www.jointcommissioninternational.org/standards/international-patient-safety-goals/>
- Kemenkes RI. (2015). *Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety) (III)*.
- Kemenkes RI. (2017). *Permenkes RI Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien*.
- Nurprilinda, M., Susanto, A., Enisah, & Afriyanti, D. (2024). *Buku Ajar Manajemen Keselamatan Pasien*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Rs Kasih Ibu Surakarta. (2022). *Mutu Pelayanan dan Keselamatan Pasien*.
- RSUD dr. Iskak Tulung Agung. (2022). *Inilah 6 Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Yang Perlu Diketahui*.  
<https://rsud.tulungagung.go.id/inilah-6-sasaran-keselamatan-pasien-di-rumah-sakit-yang-perlu-diketahui/>

## BIODATA PENULIS



**Dr.Abbasiah, S.K.M., M.Kep,** lahir di Kota Jambi, pada tanggal 4 November 1973, saat ini bertempat tinggal di Kota Jambi. Menyelesaikan pendidikan Sarjana Kesehatan Masyarakat di Stikes Harapan Ibu Jambi, Magister Keperawatan Peminatan Manajemen dan Kepemimpinan di FIK Universitas Indonesia, dan menyelesaikan studi Doktoral di Universitas Jambi peminatan Kesehatan Masyarakat. Pekerjaan yang dijalankan saat ini sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan dari tahun 2005-2022, di Jurusan Promosi Kesehatan sejak Desember 2022-sekarang. Mengampu Mata Kuliah Keperawatan Dasar, Etika Keperawatan dan Hukum Kesehatan, Manajemen dan Kepemimpinan Keperawatan, dan Kewirausahaan. **Email : saza\_abay@yahoo.co.id**

# BAB 7

## Medication Error

\*Apt, Fathul Jannah, S.Si., SpFRS\*

### A. Pendahuluan

Obat merupakan salah satu bagian terpenting dalam proses penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan dan pencegahan terhadap suatu penyakit. Keputusan penggunaan obat selalu mengandung pertimbangan antara manfaat dan risiko. Fokus pelayanan kefarmasian bergeser dari kepedulian terhadap obat (*drug oriented*) menuju pelayanan optimal setiap individu pasien tentang penggunaan obat (*patient oriented*). Untuk mewujudkan *pharmaceutical care* dengan risiko yang minimal pada pasien dan petugas kesehatan perlu penerapan manajemen risiko.

Manajemen risiko adalah bagian yang mendasar dari tanggung jawab pemberian pengobatan. Pesatnya perkembangan teknologi farmasi yang menghasilkan obat-obat baru juga membutuhkan perhatian akan kemungkinan terjadinya risiko pada pasien.

Keselamatan pasien merupakan salah satu isu global dalam pelayanan kesehatan. World Health Organization (WHO) melaporkan jutaan pasien diseluruh dunia yang terancam mendapatkan cedera, bahkan kematian setiap tahunnya terkait dengan kesalahan praktik kesehatan. Oleh karena itu, WHO mendeklasikan lembaga World Alliance for Patient Safety sebagai bentuk perhatian dunia terhadap keselamatan pasien di berbagai negara (*World Health Organization*, 2016). Lebih lanjut, *World Alliance for Patient Safety* ini bertujuan untuk mengkoordinasikan aksi-aksi global

terkait dengan keselamatan pasien dan melawan permasalahan-permasalahan kerugian pasien yang semakin banyak dilaporkan (Donaldson & Fletcher, 2006). Keselamatan pasien didefinisikan sebagai perilaku keseluruhan individu dan organisasi berdasarkan seperangkat keyakinan dan nilai-nilai yang ditujukan untuk mengurangi peluang pasien mengalami cedera (Ronald, 2005).

Keselamatan (safety) telah menjadi isu global termasuk juga untuk rumah sakit. Ada lima isu penting yang terkait dengan keselamatan (safety) di rumah sakit yaitu: keselamatan pasien (patient safety), keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan rumah sakit yang berdampak terhadap keselamatan pencemaran lingkungan dan keselamatan “bisnis” rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Kelima aspek keselamatan tersebut sangatlah penting untuk dilaksanakan di setiap rumah sakit. Namun harus diakui kegiatan institusi rumah sakit dapat berjalan apabila ada pasien. Karena itu keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan dan hal tersebut terkait mutu dan citra perumahsakitan (Depkes RI, 2008).

Pelayanan kesehatan pada dasarnya adalah untuk menyelamatkan pasien. Di rumah sakit terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, dan alat-alat dengan teknologinya. Sementara itu, bermacam jenis tenaga profesi dan non profesi yang siap memberikan pelayanan 24 jam terus menerus. Keberagaman dan kerutinan pelayanan tersebut apabila tidak dikelola dengan baik dapat menimbulkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) (Saint et.al., 2011), bahkan menimbulkan “*never event*” atau kejadian yang seharusnya tidak terjadi seperti operasi pada pasien yang salah dan salah melakukan amputasi.

Fokus terhadap keselamatan pasien ini didorong oleh masih tingginya angka Kejadian Tak Diinginkan (KTD) atau *Adverse Event/AE* di RS secara global maupun nasional (Shojania & Thomas, 2013). WHO mendefinisikan Kejadian

Tidak Diinginkan sebagai suatu proses atau tindakan kelalaian yang mengakibatkan kondisi bahaya bagi kesehatan dan/atau kerusakan yang tidak diinginkan oleh pasien sehingga mengakibatkan kerugian bagi pasien (WHO, 2006).

Terjadinya insiden keselamatan pasien di rumah sakit memberikan dampak yang merugikan tidak hanya bagi pihak rumah sakit tetapi juga bagi pasien sebagai penerima pelayanan. Adapun dampak lain yang di timbulkan adalah menurunnya tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini akan berdampak kepada rendahnya kualitas atau mutu asuhan yang diberikan, karena keselamatan pasien merupakan bagian dari mutu (Flin, 2007).

## **B. Medication Error**

Medication error dapat terjadi dimana saja dalam rantai pelayanan obat kepada pasien mulai dari produksi dalam peresepan, pembacaan resep, peracikan, penyerahan dan monitoring pasien. Di dalam setiap mata rantai ada beberapa tindakan, sebab tindakan mempunyai potensi sebagai sumber kesalahan. Setiap tenaga kesehatan dalam mata rantai ini dapat memberikan kontribusi terhadap kesalahan (Cohen, 1999).

Rumah sakit mempunyai proses untuk mengidentifikasi dan melaporkan kesalahan obat. Identifikasi medication error dapat menggunakan rekam kesehatan pasien selama dirawat. Disadari bahwa rekam kesehatan mempunyai peran yang penting dalam telusur medication error. Telusur ini dapat dilakukan dengan analisis kuantitatif dan kualitatif. Selanjutnya proses termasuk mendefinisikan suatu kesalahan obat, menggunakan format pelaporan yang distandarisasi dan mengedukasi staf tentang proses dan pentingnya pelaporan. Proses pelaporan adalah bagian dari program mutu dan keselamatan pasien rumah sakit. Program memusatkan pada pencegahan kesalahan obat melalui pemahaman jenis kesalahan yang terjadi di rumah sakit maupun di rumah sakit lain dan mengapa ME terjadi. Perbaikan dalam manajemen pengobatan secara terpadu digunakan untuk mencegah

kesalahan di kemudian hari.

Berbagai konsep terkait dan menjelaskan medication error, sebagai berikut.

#### 1. Manajemen Risiko

Manajemen risiko merupakan perilaku dan intervensi proaktif untuk mengurangi kemungkinan cedera serta kehilangan. Dalam perawatan kesehatan, manajemen risiko bertujuan untuk mencegah cedera pada pasien dan menghindari tindakan yang merugikan profesi. Asuhan kesehatan yang bermutu tinggi dan sistem pelaksanaannya yang aman, merupakan kunci bagi manajemen risiko yang efektif. Mayoritas cedera pada pasien yang diakibatkan *medication error* dapat ditelusuri sampai kepada ketidaksempurnaan sistem yang dapat menjadi penyebab primer cedera atau yang membuat petugas melakukan kesalahan sehingga terjadi cedera pada pasien.

Proses manajemen risiko meliputi proses identifikasi risiko, analisa risiko, evaluasi risiko, dan penanganan risiko di rumah sakit dengan segala aktifitas yang melingkupinya termasuk pemberian obat untuk mencegah *medication error*.

#### 2. Patient Safety

Keselamatan Pasien /Patient Safety adalah pasien bebas dari harm/cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari harm yang potensial akan terjadi (penyakit, cedera fisik / sosial / psikologis, cacat, kematian dll), terkait dengan pelayanan kesehatan.

Aplikasi patient safety idealnya dilakukan secara sistem dengan memenuhi tujuh langkah menuju KPRS sebagai berikut :

- a. Bangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien, Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil
- b. Pimpin dan dukung Staf anda, bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang Keselamatan Pasien di rumah sakit anda.



- c. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko, kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah.
- d. Kembangkan system pelaporan, pastikan staf anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian/ insiden, serta RS mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien – Rumah Sakit.
- e. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien, kembangkan cara – cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien, dorong staf anda untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul.
- g. Cegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien, gunakan informasi yang ada tentang kejadian/ masalah untuk melakukan perubahan pada sistem.

Penerapan patient safety adalah bersifat menyeluruh di seluruh bagian di rumah sakit. Unit- unit atau Bagian-bagian di rumah sakit dengan banyak prosedur atau tindakan di dalamnya mengandung konsekuensi risiko terjadinya kesalahan juga lebih banyak. Pelayanan kesehatan yang melibatkan aspek kolaborasi antar banyak tenaga kesehatan juga mempunyai dampak terhadap peningkatan potensi terjadinya kejadian yang tidak diharapkan.

Manajemen obat merupakan komponen yang penting dalam pengobatan paliatif, simptomatik, preventif dan kuratif terhadap penyakit dan berbagai kondisi. Manajemen obat mencakup sistem dan proses yang digunakan rumah sakit dalam memberikan farmakoterapi kepada pasien. Ini biasanya merupakan upaya multidisiplin dan terkoordinir dari para staf rumah sakit, menerapkan prinsip rancang proses yang efektif, implementasi dan peningkatan terhadap seleksi, pengadaan, penyimpanan, pemesanan/peresepan,

pencatatan (*transcribe*), pendistribusian, persiapan (*preparing*), penyaluran (*dispensing*), pemberian, pendokumentasian dan pemantauan terapi obat. Peran para pemberi pelayanan kesehatan dalam manajemen obat sangat bervariasi antara satu negara ke negara lain, namun proses manajemen obat yang baik bagi keselamatan pasien bersifat universal.

Keselamatan pasien dalam pelayanan melibatkan kegiatan sebagai berikut:

- a. Manajemen sumber daya manusia: training, peningkatan kinerja/*performance*,
- b. Keselamatan lingkungan dan manajemen risiko, meliputi: pengendalian infeksi, pemberian obat secara aman, perlengkapan/alat yang aman, pemberian asuhan yang aman, lingkungan asuhan pasien yang aman, yang merupakan akumulasi dan pengetahuan ilmiah yang terintegrasi, yang berfokus pada keselamatan pasien dan pengembangan infrastruktur penunjang
- c. Identifikasi risiko-risiko sejak awal merupakan kunci pencegahan terjadinya cedera, dan sangat tergantung dari pemeliharaan kultur/budaya saling percaya (*trust*), jujur (*honesty*), integritas (*integrity*) dan keterbukaan dalam komunikasi (*open-communication*) diantara pasien/keluarga dan pemberi pelayanan dalam suatu sistem pemberian asuhan (dokter, perawat).

Beberapa istilah terkait dengan *patient safety* dan medikasi adalah sebagai berikut :

- a. Efek buruk obat (*adverse drug event*): cedera akibat kesalahan dalam proses penggunaan obat.
- b. Ceroboh (*near miss*): kesalahan penggunaan obat yang tak menimbulkan cedera.
- c. Salah comot (*slip*): salah ambil tidak sengaja. Misalnya, maksud mau suntikan heparin, tetapi yang terambil adalah insulin
- d. Lupa (*lapse*): salah/tak emban tugas karena lupa.

- e. Keliru (*mistake*) salah terap karena kurang pengetahuan.  
Misal : tidak memberikan Amikasin intravena dosis tunggal, melainkan dalam dosis terbagi atau infus berlanjut.
  - f. Lalai (*error of omission*) : tidak melaksanakan tugas, sesuai rencana/permintaan.
  - g. Berlebihan (*error of comission*) : penggunaan obat lebih banyak dari yang diperlukan.  
Misal : Ciprofloxacin oral diberikan 4 kali sehari, yang seharusnya cukup 2 kali sehari
  - h. *Harm* : gangguan sementara atau permanen dari fisik, fungsi emosional, atau psikologis atau struktur tubuh dan / atau nyeri yang ditimbulkannya yang membutuhkan intervensi
  - i. *Monitoring* : adalah untuk mengamati atau merekam tanda tanda fisiologis dan psikologis yang relevan
3. Komunikasi Efektif

Komunikasi adalah sangat penting dan seringkali merupakan penyebab dominan medication error sehingga harus menjadi perhatian. Berbagai teknik komunikasi efek diupayakan untuk mencegah medication error.

Petugas melakukan “read back” terhadap instruksi pengobatan yang diterima secara lisan maupun melalui telepon atau melaporkan hasil pemeriksaan penting yang membutuhkan verifikasi oleh orang yang menerima informasi. Upaya meningkatkan komunikasi efektif ini meliputi:

- a. *Hand over* (serah terima)

Petugas serah terima mencatat pesan-pesan yang perlu diinformasikan. Petugas serah terima menyampaikan pesan-pesan tersebut kepada petugas selanjutnya secara lisan sambil menyerahkan catatan yang telah dibuat sebelumnya.

- b. *Read back* (baca ulang)

Petugas yang menerima serah terima membaca ulang pesan-pesan yang diserahkan.

c. *Repeat back* (sebutkan ulang)..

Petugas penerima serah terima menyebutkan ulang semua pesan-pesan yang diserahkan- terimakan untuk memastikan bahwa ada persepsi yang sama antara petugas serah terima dan petugas penerima serah terima terhadap pesan-pesan yang diserahkan- terimakan.

d. *Check back* (periksa ulang)..

Petugas serah terima memeriksa ulang catatan serah terima dan menambahkan apabila ada pesan-pesan tambahan yang belum tercatat.

e. *Teach back* (ajarkan ulang)

Ajarkan ulang bila diperlukan. Bila perlu didemonstrasikan, demonstrasikanlah agar komunikasi benar-benar menjadi efektif.

#### 4. Jenis-Jenis Medication Error

Pengelompokan *medication error* sesuai dengan dampak dan proses, konsistensi pengelompokan ini penting sebagai dasar analisa dan intervensi yang tepat.

**Tabel 1** Jenis-jenis *medication error*

<b>Tipe Medication Error</b>	<b>Keterangan</b>
<i>Unauthorized drug</i> (kesalahan pemberian obat diluar kuasa)	Obat yang terlanjur diserahkan kepada pasien padahal diresepkan oleh bukan dokter yang berwenang.
<i>Improper dose / quantity</i> (kesalahan karena dosis yang tidak tepat)	Dosis, strength atau jumlah obat yang tidak sesuai dengan yang dimaksud dalam resep.
<i>Wrong dose preparation method</i>	Penyiapan/ formulasi atau pencampuran obat yang tidak sesuai.
<i>Wrong dose form</i> (kesalahan dari dosis yang salah)	Obat yang diserahkan dalam dosis dan cara pemberian yang tidak sesuai dengan yang diperintahkan di dalam resep.

<i>Wrong patient</i> (salahpasien)	Obat yang diserahkan atau diberikan kepada pasien yang salah, keliru yang tidak sesuai dengan tertera di resep.
<i>Omission Error</i> (kesalahan karena kurang stok obat)	Gagal dalam memberikan dosis sesuai permintaan, mengabaikan penolakan pasien atau keputusan klinik yang mengisaratkan untuk tidak diberikan obat yang bersangkutan.
<i>Extra dose</i> (pemberian obatmelebihi yang ditetapkan dokter)	Memberikan duplikasi obat pada waktu yang berbeda.
<i>Prescribing error</i> (kesalahan dalam persepsi)	Obat yang diresepkan secara keliru atau perintah diberikan secara lisan atau diresepkan oleh dokter yang tidak berkompeten.
<i>Wrong administration technique</i>	Menggunakan cara pemberian yang keliru termasuk misalnya menyiapkan obat dengan teknik yang tidak dibenarkan (misalkan obat im diberikan iv).
<i>Wrong time</i> (salah waktu pemberian)	Obat yang di berikan tidak sesuai dengan jadwal pemberian atau diluar jadwal yang ditetapkan

- a. Unauthorized **drug** (kesalahan pemberian obat diluar kuasa) adalah kesalahan pada obat yang terlanjur diserahkan kepada pasien, pada hal diresepkan oleh bukan dokter yang berwenang. *Improper dose/ quantity* (kesalahan karena dosis yang tidak tepat) adalah kesalahan dosis, *strength* atau jumlah obat yang tidak sesuai dengan yang dimaksud dalam resep. *Wrong dose preparation method* (metode persiapan dosis yang salah) adalah kesalahan dalam penyiapan formulasi atau

pencampuran obat yang tidak sesuai.

- b. Wrong *dose form* (kesalahan dari dosis yang salah) adalah kesalahan Obat yang diserahkan dalam dosis dan cara pemberian yang tidak sesuai dengan yang diperintahkan di dalam resep.
- c. Wrong patient (salah pasien) adalah kesalahan obat yang diserahkan atau diberikan kepada pasien yang salah, keliru yang tidak sesuai dengan tertera di resep.
- d. Omission Error (kesalahan karena kurang stok obat) adalah gagal dalam memberikan dosis sesuai permintaan, mengabaikan penolakan pasien atau keputusan klinik yang mengisaratkan untuk tidak diberikan obat yang bersangkutan.
- e. Extra dose (pemberian obat melebihi yang ditetapkan dokter) adalah memberikan duplikasi obat pada waktu yang berbeda.
- f. Prescribing error (kesalahan dalam peresepan) adalah kesalahan dimana obat yang diresepkan secara keliru atau perintah diberikan secara lisan atau diresepkan oleh dokter yang tidak berkompeten.
- g. Wrong administration technique (teknik administrasi yang salah) adalah kesalahan yang terjadi karena menggunakan cara pemberian yang keliru termasuk misalnya menyiapkan obat dengan teknik yang tidak dibenarkan (misalkan obat im diberikan iv).
- h. Wrong time (salah waktu pemberian) adalah kesalahan karena obat yang di berikan tidak sesuai dengan jadwal pemberian atau diluar jadwal yang ditetapkan.

WHO dalam developing pharmacy practice-a focus on patient care membedakan tentang praktek farmasi (berhubungan dengan pasien langsung) dan pelayanan farmasi (berhubungan dengan kualitas obat dan sistem proses pelayanan farmasi)

- a. Praktek pekerjaan kefarmasian meliputi obat-obatan, pengadaan produkfarmasi dan pelayanan kefarmasian yang diberikan oleh apoteker dalam sistem pelayanan

kesehatan.

- b. Pelayanan kefarmasian meliputi semua pelayanan yang diberikan oleh tenaga farmasi dalam mendukung pelayanan kefarmasian. Di luar suplai obat-obatan, jasa kefarmasian meliputi informasi, pendidikan dan komunikasi untuk mempromosikan kesehatan masyarakat, pemberian informasi obat dan konseling, pendidikan dan pelatihan staf.
- c. Pekerjaan kefarmasian meliputi penyediaan obat dan pelayanan lain untuk membantu masyarakat dalam mendapatkan manfaat yang terbaik.

Kesalahan yang terjadi ditetapkan melalui standar tertentu, di mana kesalahan dapat dinilai. Semua orang yang terlibat dengan obat-obatan harus menetapkan atau terbiasa dengan standar tersebut dan mengamati setiap langkah yang dilakukan untuk memastikan bahwa kegagalan untuk memenuhi standar tidak terjadi atau tidak mungkin terjadi. Semua orang yang terlibat dalam proses pengobatan bertanggung jawab atas bagian prosesnya, dimana kesalahan obat dapat terjadi pada tahap prescribing, meliputi resep yang tidak rasional, tidak tepat dan tidak efektif, serta kelebihan dan kekurangan dosis. Kesalahan dalam tahap transcribing meliputi kesalahan dalam mengartikan resep. Kesalahan pada manufacturing meliputi salah dosis, adanya kontaminan, salah formula, salah kemasan, dan salah label, serta kesalahan pada tahap dispensing, salah dosis, salah rute, salah frekuensi, dan salah durasi. Resep adalah perintah tertulis, yang mencakup rincian instruksi obat yang harus diberikan, kepada siapa diberikan, bagaimana formulasi, dosis, rute pemberiannya, kapan diberikan, bagaimana frekuensi pemberiannya dan untuk berapa lama. Penulisan resep yang lengkap membutuhkan pengetahuan yang menyeluruh dan pemahaman pato- fisiologi penyakit, serta sifat farmakologis obat yang relevan. Kesalahan pada tahap prescribing meliputi resep yang tidak masuk akal, tidak

tepat, dan tidak efektif, resep diberikan kurang ataupun berlebih, dan kesalahan dalam penulisan resep (termasuk tidak adanya resep).

Kesalahan pengobatan penting dihindari agar dapat tercapai penggunaan obat yang sesuai dengan kondisi pasien dan batasan yang ditentukan oleh keputusan terapeutik dalam regimen dosis yang mengoptimalkan keseimbangan manfaat yang membahayakan. Pada resep yang seimbang, mekanisme kerja obat harus sesuai dengan patofisiologi penyakit.

Lembar transkripsi adalah salinan perintah dokter yang identik berbentuk lembar elektronik sebagai bantuan untuk apoteker. Kesalahan dalam persiapan lembar transkripsi adalah *transcribing error*. *Transcribing errors* meliputi perubahan pada nama obat, formulasi obat, rute, dosis, regimen dosis terhadap perintah resep. Tipe-tipe *transcribing errors* antara lain:

- a. Kelalaian: ketika obat diresepkan namun tidak
- b. Kesalahan interval: ketika dosis yang diperintahkan tidak mencapai pasien pada waktu yang tepat.
- c. Obat alternative: pengobatan diganti oleh apoteker tanpa sepengetahuan dokter.
- d. Kesalahan dosis: misalnya pada resep 0.125 mg menjadi 0.25 mg pada salinan.
- e. Kesalahan rute: misalnya pada resep Ofloxacin tablet menjadi Ofloxacin I.V.
- f. Kesalahan informasi detail pasien: meliputi nama, umur, gender, registrasi yang tidak ditulis atau salah ditulis pada lembar salinan.

Kesalahan dispensing dapat berupa kesalahan obat yang diberikan kepada pasien, kesalahan pada label dan ketika pasien tidak menerima informasi obat. Pada penelitian yang dilakukan, kesalahan pada tahap *dispensing* terjadi ketika persiapan obat tidak tepat dan tidak lengkap atau tidak ada informasi obat (3,66%). Kesalahan ini dapat disebabkan oleh tingginya jumlah resep disaat jumlah



apoteker terbatas. Ketidaklengkapan atau tidak ada informasi obat kepada pasien dapat menyebabkan perbedaan antara apa yang dimaksud dokter padaresep dan apa yang dilaksanakan oleh pasien, perbedaan ini dapat menyebabkan morbiditas dan mortalitas. *Administering errors* merupakan perbedaan antara apa yang diterima pasien dengan apa yang seharusnya diterima atau apa yang dimaksudkan oleh penulis resep pada urutan awal.

Kesalahan administrasi pengobatan adalah salah satu area risiko praktik keperawatan dan terjadi ketika adanya perbedaan antara obat yang diterima oleh pasien dan terapi obat yang ditujukan oleh penulis resep. Epidemiologi distribusi *administering errors* menunjukkan bahwa, sebagian besar kesalahan ini melibatkan kelalaian dosis (42%) atau kesalahan pada administrasi waktu (50%). National Patient Safety Agency di Inggris mengungkapkan bahwa kesalahan administrasi pengobatan terjadi pada 50% dari semua administrasi obat- obatan di rumah sakit.

Faktor yang paling umum yang berkontribusi pada *administering errors* adalah kegagalan untuk memeriksa identifikasi pasien sebelum pemberian, penyimpanan sediaan serupa diarea yang sama, dan faktor gangguan perawat saat melakukan putaran obat. Dokumentasi yang tidak akurat dan komunikasi yang buruk selama perubahan shift di rumah sakit juga berkontribusi pada *administering errors*. Kesalahan selama proses pengobatan tersebut berkaitan dengan kurangnya pengetahuan dan perhatian, seleksi obat dan pemantauan yang buruk. Pencegah medication errors dapat dilakukan dengan mendidik tenaga kesehatan tentang faktor risiko kesalahan pengobatan dan dampaknya pada hasil terapeutik, mempersiapkan sistem pengobatan terstruktur untuk pengaturan pasien rawat jalan, mendidik apoteker untuk meningkatkan perannya dalam pengaturan komunitas.

## 5. Faktor-Faktor Penyebab *Medication Error*

Selain pada saat *prescribing* atau *dispensing*, kesalahan juga dapat terjadi pada saat *administration*. Kekurangan kinerja, kurangnya komunikasi perawat dengan profesional kesehatan lainnya, tekanan pekerjaan yang berlebihan dan sering adanya gangguan perawat dengan profesional kesehatan lainnya, tekanan pekerjaan yang berlebihan dan sering adanya gangguan adalah faktor yang paling dominan terkait dengan kesalahan administrasi. Kesalahan pengobatan tidak dapat dihindari, tetapi kesalahan tersebut dapat diminimalkan secara signifikan dengan adanya pengawas, manajemen rumah sakit, pabrik farmasi, resep, apoteker atau staf pemberian obat dan perawat bekerja sama untuk mengidentifikasi kesalahan pengobatan dan mengadopsi strategi untuk menguranginya.

Menurut kepmenkes 2004 faktor-faktor lain yang berkontribusi pada *medication error* antara lain:

### a. Komunikasi (mis-komunikasi, kegagalan dalam berkomunikasi)

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

### b. Kondisi lingkungan

Untuk menghindari kesalahan yang berkaitan dengan kondisi lingkungan, area *dispensing* harus didesain dengan tepat dan sesuai dengan alur kerja, untuk menurunkan kelelahan dengan pencahayaan yang

cukup dan temperatur yang nyaman. Selain itu, area kerja harus bersih dan teratur untuk mencegah terjadinya kesalahan.

c. Gangguan/ interupsi pada saat bekerja

Gangguan/ interupsi harus semimumimum mungkin dengan mengurangi interupsi baik langsung maupun melalui telepon.

d. Beban kerja

Rasio antara beban kerja dan SDM yang cukup penting untuk mengurangi stres dan beban kerja berlebihan sehingga dapat menurunkan kesalahan.

e. Edukasi staf

Meskipun edukasi staf merupakan cara yang tidak cukup kuat dalam menurunkan insiden/kesalahan, tetapi mereka dapat memainkan peran penting ketika dilibatkan dalam sistem menurunkan insiden/kesalahan (Muchid, 2008).

6. Fase-Fase dalam Medication Error

a. Medication Error pada Prescribing

Kesalahan meresepkan dan kesalahan resep merupakan masalah utama di antara kesalahan pengobatan. *Prescribing* terjadi baik di rumah sakit umum maupun di rumah sakit khusus, meskipun kesalahan jarang terjadi hingga fatal namun dapat mempengaruhi keselamatan pasien dan kualitas kesehatan. Penggunaan singkatan istilah dan satuan ukuran sering terdapat dalam resep dan order obat. Beberapa istilah diambil dari bahasa latin karena sejarah penggunaannya dalam obat-obatan dan farmasi, sementara istilah lain berkembang melalui penyingkatan penulisan oleh pembuat resep. Sayangnya, kesalahan pengobatan dapat terjadi akibat kesalahan pemakaian, kesalahan penafsiran, penulisan singkatan yang tidak terbaca, sebab penggunaan singkatan khusus atau buatan. Kesalahan pengobatan dapat dihindari melalui penggunaan kosakata yang terkendali, pengurangan pemakaian singkatan, berhati-

hati dalam menulis angka desimal, dan penulisan angka nol diawal dan di akhir secara tepat. Kesalahan resep mencakup segala hal yang terkait dengan tindakan menulis resep, sedangkan kesalahan peresepan meliputi peresepan irrasional, peresepan obat yang berlebih, peresepan obat yang kurang, dan peresepan yang tidak efektif, yang timbul dari penilaian medis atau keputusan mengenai perawatan atau pengobatan dan pemantauan yang keliru. Apoteker hanya mencatat kesalahan resep dengan

dampak klinis potensial atau yang terlihat di rumah sakit. Untuk kesalahan peresepan administrasi misalnya, tempat peresepan itu tidak sempurna tapi pada dasarnya tidak berarti dengan perawatan yang berkaitan pasien, seperti kesalahan ejaan atau kegagalan untuk menunjukkan rute tempat pemberian ini tidak dicatat. Tempat risiko potensial klinis itu diidentifikasi, diklasifikasikan kedalam kategori berpotensi serius, sangat serius, hanya signifikansi klinis relatif kecil (Dobrzanski, 2002). *Medication* pada *prescribing* pada ketidak lengkapan resep, ketidaklengkapan tersebut disebabkan antara lain karena tidak adanya paraf, nomor ijin praktek dokter, tanggal resep. Tulisan tangan dokter yang kurang dapat dibaca sangat menyulitkan sehingga berpotensi menimbulkan kesalahan interpretasi terutama pada nama obat, dosis, aturan pakai, dan cara pemberian, yang selanjutnya dapat menyebabkan kesalahan pengobatan.

b. *Medication Error* pada *Transcribing*

*Transcribing error* adalah kesalahan terjadi pada saat pembacaan resep untuk proses dispensing, antara lain salah membaca resep karena tulisan yang tidak jelas, informasi tidak jelas atau penggunaan singkatan yang tidak tepat (23). Tipe-tipe *transcribing errors* antara lain:

- 1) Kelalaian, misalnya ketika obat diresepkan namun tidak diberikan.
  - 2) Kesalahan interval, misalnya ketika dosis yang diperintahkan tidak pada waktu yang tepat.
  - 3) Obat alternatif, misalnya pengobatan diganti oleh apoteker tanpa sepengetahuan dokter.
  - 4) Kesalahan dosis, misalnya pada resep 0.125 mg menjadi 0.25 mg pada salinan.
  - 5) Kesalahan rute, misalnya pada resep Ofloxacin tablet menjadi Ofloxacin I.V.
  - 6) Kesalahan informasi detail pasien, meliputi nama, umur, gender, registrasi yang tidak ditulis atau salah ditulis pada lembar salinan.
- c. Medication Error pada Dispensing

*Dispensing* obat adalah kegiatan atau proses untuk memastikan kelayakan atau order resep obat, seleksi suatu obat zat aktif yang memadai dan memastikan bahwa penderita atau perawat mengerti penggunaan dan pemberian obat yang tepat dari obat tersebut. *Dispensing* adalah proses menyiapkan dan menyerahkan obat kepada orang yang namanya tertulis pada resep. *Dispensing* merupakan tindakan atau proses yang memastikan ketepatan resep obat, ketepatan seleksi zat aktif yang memadai dan memastikan bahwa pasien atau perawat mengerti penggunaan dan pemberian yang tepat. *Dispensing error* adalah perbedaan antara obat yang diresepkan dengan obat yang diberikan oleh farmasi kepada pasien atau yang didistribusikan ke bangsal x, meliputi pemberian obat dengan kualitas informasi yang rendah. *Dispensing* yang baik adalah suatu proses praktik yang memastikan bahwa suatu bentuk obat yang benar dan efektif diantarkan pada penderita yang benar, dalam dosis dan dari obat yang tertulis kuantitasnya, dengan instruksi yang jelas, dan dalam suatu kemasan yang memelihara potensi obat. *Dispensing* termasuk semua kegiatan yang terjadi antara waktu resep atau

order dan obat diterima. Atau suplai lain yang ditulis disampaikan kepada penderita.

d. *Medication Error* pada *Administration*

Kesalahan administrasi pengobatan (MAE) didefinisikan sebagai perbedaan antara apa yang diterima oleh pasien atau yang seharusnya diterima pasien dengan apa yang dimaksudkan oleh penulis resep. MAE adalah salah satu area resiko praktik keperawatan dan terjadi ketika ada perbedaan antara obat yang diterima oleh pasien dan terapiobat yang ditunjukkan oleh penulis resep. Dari beberapa jurnal, jenis *administration error* yang terjadi pada saat pelayanan farmasi adalah kesalahan waktu pemberian obat, kesalahan teknik pemberian obat, dan obat tertukar pada pasien yang namanya sama (*right drug for wrong patient*). Salah satu contoh *administration error*, misalnya obat diberikan informasi diminum sesudah makan yang seharusnya sebelum makan atau yang seharusnya siang atau malam diberikan pagi hari. Contoh lain dokter menuliskan R/ *Flunarizine* 5 mg signa 1×1 malam, Instalasi Farmasi memberikan Sinral 5 mg, tetapi perawat tidak mengetahui bahwa obat tersebut komposisinya sama dengan *Flunarizine*, mungkin juga karena kurang teliti, sampai terjadi pasien tidak diberikan obat karena di CPO (Catatan Pemberian Obat) ditulis *Flunarizine* 5 mg, signa 1×1. Faktor penyebab ME fase *administration* meliputi beban kerja yaitu rasio antara beban kerja dan SDM tidak seimbang, gangguan bekerja yaitu terganggu dengan dering telepon, edukasi yaitu tidak tepat waktu pemberian obat, kondisi lingkungan yaitu jarak unit farmasi tidak memudahkan tenaga kesehatan dalam pemberian obat dan komunikasi yaitu kurangnya komunikasi tenaga kesehatan dan pasien dalam penggunaan obat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Billstein-Leber M, Carrillo CJD, Cassano AT, Moline K, Robertson JJ. ASHP Guidelines on Preventing Medication Errors in Hospitals. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 2018;**75(19)**:1493-1517
- Citraningtyas G, Angkoauw L, Maalangen T. Identifikasi Medication Error di Poli Interna Rumah Sakit X di Kota Manado. *Jurnal MIPA Universitas Sam Ratulangi Indonesia*. 2020;**9(1)**:5
- Hatta, ed. 2013. Pedoman manajemen informasi kesehatan di sarana pelayanan Kesehatan, edisi revisi 2. Universitas indonesia
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient Safety Incident Report). *Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS)*. Published online 2015. Accessed June 9, 2022. [http://rsjiwajambi.com/wp-content/uploads/2019/09/Pedoman\\_Pelaporan\\_IKP-2015-1.pdf](http://rsjiwajambi.com/wp-content/uploads/2019/09/Pedoman_Pelaporan_IKP-2015-1.pdf)
- Lynas, Kathie. 2010. A Step Forward for Medication Safety:Stakeholders Agree to a Common Standard for Barcoding Pharmaceutica ls. CPJ/RPC, March/ April 2010:Vol 143 (2). Proquest Database.
- Mahendra AD. THE NATURAL AND PREVALENCE OF MEDICATION ERRORS IN A TERTIARY HOSPITAL IN INDONESIA. *Int J Curr Pharm Sci*. Published online May 17, 2021:55-58
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. About Medication Errors | NCC MERP. NCC MERP: National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention Published 2022. Accessed March 29, 2022. <https://www.nccmerp.org/about-medication-errors>
- Payton,J. Ledder,W., & Hord,E. 2007. *Bar Code Medication Administration Improves Patient Safety*. Arkansas Foundation for Medical Care. Journal (Proquest) Database

## BIODATA PENULIS



**Apt. Fathul Jannah, S.Si, SpFRS.** lahir di Medan, pada 9 Desember 1974. Menyelesaikan pendidikan S1 dan profesi Apoteker di FMIPA Universitas Sumatera Utara dan Spesialis Farmasi Rumah Sakit (SpFRS) di Fakultas Farmasi Universitas Airlangga, Surabaya. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Prodi Farmasi, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Sains Cut Nyak Dien, Langsa, Aceh.



# BAB 8

## Total Quality Management dalam Pelayanan Kesehatan

**\*Dr. Jusuf Kristianto, MM, MHA, MPH, PhD\***

### A. Pendahuluan

Total Quality Management (TQM) atau Manajemen Mutu Paripurna telah menjadi pendekatan yang mendasar dalam berbagai organisasi, termasuk di Indonesia. TQM dapat dipahami sebagai suatu proses manajemen yang berorientasi pada peningkatan mutu secara berkelanjutan, dengan fokus utama pada kepuasan pelanggan. Proses ini melibatkan seluruh elemen organisasi, mulai dari pimpinan hingga karyawan paling bawah, dalam upaya bersama untuk mencapai kualitas yang lebih baik. Pendekatan ini tidak hanya mencakup aspek promotif, preventif, tetapi juga kuratif, dan rehabilitatif.

Dalam penerapan TQM, komitmen dari pimpinan sangat penting. Dukungan ini menciptakan suasana kerja yang harmonis dan kolaboratif di antara para karyawan. Peran serta semua elemen organisasi menjadi landasan penting dalam mencapai hasil yang berkualitas. Dengan kata lain, TQM tidak hanya bertujuan untuk memberikan kepuasan kepada pelanggan, tetapi juga memperhatikan kesejahteraan karyawan dan pemilik perusahaan.

Metode teknologi yang diterapkan dalam TQM memainkan peran penting dalam memastikan tercapainya peningkatan mutu yang berkelanjutan. Salah satu metode yang sering digunakan adalah Kendali Mutu atau Quality Control (QC). Dalam perkembangan selanjutnya, QC dikembangkan menjadi Total Quality Control (TQC), yaitu sistem yang lebih komprehensif dalam mengintegrasikan pengembangan,

pemeliharaan, dan perbaikan mutu di dalam organisasi. Dengan penerapan TQC, perusahaan dapat memastikan bahwa kualitas tidak hanya terjaga tetapi juga terus ditingkatkan seiring dengan perubahan kebutuhan dan ekspektasi pelanggan.

Di Jepang, konsep ini dikenal sebagai Company Wide Quality Control (CWQC) atau Kaizen, yang berarti peningkatan berkelanjutan. Sementara di Amerika, istilah yang lebih umum digunakan adalah Total Quality Management (TQM).

Menurut N. Logothetis, TQM adalah sebuah kultur yang didasari oleh komitmen penuh terhadap kualitas. Setiap individu yang terlibat dalam organisasi diharapkan menunjukkan perilaku yang mendukung perbaikan mutu secara berkelanjutan, baik dalam produk maupun layanan yang diberikan. Hal ini dilakukan melalui penggunaan metode ilmiah dan inovatif untuk mencapai hasil terbaik.

Selain dikenal sebagai TQM, konsep ini juga disebut sebagai Quality Improvement Process (QIP) dalam beberapa konteks. QIP adalah pendekatan bisnis yang berfokus pada kepuasan pelanggan, peningkatan mutu yang berkelanjutan, serta pengembangan kemampuan tenaga kerja untuk terus berinovasi dan memperbaiki kualitas layanan.

Di Indonesia, TQM dikenal dengan berbagai istilah seperti Manajemen Mutu Terpadu, Manajemen Mutu Berkesinambungan, dan Manajemen Mutu Total. Istilah-istilah ini menekankan pada pendekatan sistematis yang menyeluruh dan melibatkan seluruh elemen organisasi dalam usaha peningkatan mutu. Fokus utamanya adalah pada peningkatan kepuasan pelanggan dengan biaya yang efisien.

Dengan demikian, TQM memberikan kerangka kerja yang efektif bagi organisasi untuk tidak hanya mempertahankan mutu, tetapi juga terus memperbaikinya. Pendekatan ini memastikan bahwa kepuasan pelanggan, karyawan, dan pemilik perusahaan dapat dicapai secara berkelanjutan, sambil tetap menjaga komitmen terhadap lingkungan.

## **B. Konsep Total Quality Management Dalam Pelayanan Kesehatan**

Pengertian TQM dalam pelayanan kesehatan. Total Quality Management (TQM) dalam pelayanan kesehatan adalah pendekatan manajemen yang berfokus pada perbaikan mutu / kualitas pelayanan secara berkelanjutan. Dalam pelayanan kesehatan, TQM diterapkan untuk meningkatkan mutu layanan pasien, keselamatan pasien, dan kepuasan secara keseluruhan. Konsep ini berfokus pada peningkatan berkelanjutan, partisipasi seluruh anggota organisasi, dan tanggung jawab bersama, dan hasil terbaik untuk Output & Outcomes layanan kesehatan.

Total Quality Management (TQM) dalam pelayanan kesehatan adalah pendekatan manajemen yang berfokus pada perbaikan kualitas / mutu layanan secara berkelanjutan. TQM bertujuan untuk meningkatkan kepuasan pasien, efisiensi operasional, dan hasil kesehatan melalui partisipasi semua Staf klinik/ puskesmas/ Rumah Sakit dalam proses perbaikan sistematis dan berkelanjutan , pengambilan keputusan berbasis data real , dan menciptakan budaya kerja perbaikan mutu layanan yang berkelanjutan.

1. Elemen Utama TQM dalam Pelayanan Kesehatan
  - a. Fokus pada Pelanggan: Pasien adalah pelanggan / konsumen utama dalam pelayanan kesehatan, dan TQM berfokus pada peningkatan kepuasan pasien/ Pelanggan .
  - b. Keterlibatan Total Karyawan: Semua staf klinik atau rumah sakit, mulai dari dokter hingga Front office , satpam , petugas kebersihan, harus terlibat aktif dalam proses peningkatan mutu / kualitas pelayanan yang berkelanjutan .
  - c. Perbaikan Berkelanjutan (Continuous Improvement): TQM mendorong peningkatan layanan melalui siklus perbaikan yang berkelanjutan, seperti menggunakan metode PDCA (Plan-Do-Check-Act).
  - d. Pendekatan Berbasis Data: Keputusan yang dibuat harus didasarkan pada data real ( data yang didapat

dari lapangan dan dilakukan analisis statistik untuk mengukur dan meningkatkan kualitas.( misalkan survey kepuasan pelanggan per tiap tiga bulanan)

- e. Kepemimpinan dan Komitmen Manajemen: Manajemen puncak harus berkomitmen dan memberikan arahan serta dukungan penuh terhadap upaya peningkatan mutu berkelanjutan
2. Teori TQM yang Sering Digunakan dalam Kesehatan,  
Beberapa teori dan alat manajemen mutu yang umum digunakan dalam TQM untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan meliputi:
  - a. PDCA (Plan-Do-Check-Act):
    - 1) Plan (Rencana): Merencanakan perubahan atau perbaikan dalam layanan.
    - 2) Do(Pelaksanaan): Melakukan perencanaan tersebut dalam skala kecil terlebih dahulu.
    - 3) Check (Evaluasi): Mengevaluasi hasilnya dan melihat apakah ada perbaikan.
    - 4) Act (Tindakan): Menerapkan perubahan secara lebih luas jika berhasil atau menyesuaikan jika perlu perbaikan.
  - b. Six Sigma:

Menggunakan pendekatan statistik untuk mengurangi variasi dan kesalahan dalam proses pelayanan kesehatan. Hal ini membantu meningkatkan efisiensi dan mengurangi risiko kesalahan medis.

Six Sigma berfokus pada upaya untuk mengurangi variasi dalam prosedur medis, yang sering kali menjadi sumber dari terjadinya kesalahan dan inefisiensi. Dengan mengadopsi metode ini, rumah sakit dan institusi kesehatan dapat meningkatkan akurasi dalam diagnosis, perawatan pasien, hingga pengelolaan manajemen rumah sakit.

Penggunaan Six Sigma tidak hanya membantu meningkatkan efisiensi operasional tetapi juga

meminimalkan risiko kesalahan medis yang dapat berdampak pada keselamatan pasien

c. Lean Management:

Bertujuan menghilangkan pemborosan (waste) dalam proses pelayanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi tanpa mengorbankan kualitas. Lean fokus pada alur kerja yang lebih baik, mengurangi waktu tunggu, dan mengoptimalkan sumber daya.

Salah satu fokus utama Lean dalam layanan kesehatan adalah mengurangi waktu tunggu pasien. Misalnya, waktu yang dihabiskan pasien menunggu perawatan atau hasil tes dapat dikurangi melalui optimalisasi alur kerja di klinik atau rumah sakit. Lean Management mendorong adanya perubahan dalam proses seperti penjadwalan yang lebih baik, penyederhanaan prosedur administrasi, dan memperbaiki koordinasi antar-departemen. Dengan demikian, rumah sakit dapat menyediakan layanan yang lebih cepat dan responsif kepada pasien.

Lean juga berupaya mengoptimalkan sumber daya, baik dalam hal tenaga kerja maupun peralatan medis. Melalui analisis mendetail tentang bagaimana setiap bagian dari proses pelayanan bekerja, Lean memungkinkan organisasi untuk menemukan cara yang lebih baik dalam menggunakan sumber daya mereka.

Baldrige Performance Excellence Framework: Menggunakan kriteria kinerja yang terukur untuk mendorong peningkatan kualitas dan hasil yang lebih baik dalam pelayanan kesehatan. Fokusnya pada pendekatan sistemik terhadap manajemen organisasi.

Kerangka Baldrige mencakup tujuh kategori utama yang saling terkait, yaitu:

- 1) Kepemimpinan: Mengukur bagaimana manajemen puncak memandu organisasi dan terlibat dalam tanggung jawab sosial.

- 2) Perencanaan Strategis: Menilai proses perencanaan untuk mencapai tujuan jangka panjang dan memastikan keberlanjutan.
  - 3) Fokus pada Pasien dan Pasar: Mengidentifikasi bagaimana organisasi memahami dan memenuhi kebutuhan pasien dan pemangku kepentingan.
  - 4) Pengukuran, Analisis, dan Manajemen Pengetahuan: Melibatkan penggunaan data untuk pengambilan keputusan dan perbaikan kinerja.
  - 5) Fokus Tenaga Kerja: Menganalisis bagaimana organisasi memotivasi, mengelola, dan mengembangkan karyawannya.
  - 6) Manajemen Proses: Menilai efektivitas dan efisiensi proses internal untuk menghasilkan pelayanan berkualitas.
  - 7) Hasil: Mengukur hasil kinerja organisasi dalam berbagai bidang, termasuk kesehatan pasien, keuangan, dan kepuasan pelanggan.
3. Contoh Penerapan TQM di Klinik atau Rumah Sakit
- a. Mengurangi Waktu Tunggu di Klinik

Sebuah klinik menggunakan metode PDCA untuk mengurangi waktu tunggu pasien. Mereka merencanakan alur kerja baru, seperti memperbaiki sistem pendaftaran pasien secara online (Plan). Setelah diimplementasikan (Do), mereka memeriksa data hasil waktu tunggu (Check) dan menemukan bahwa waktu tunggu berkurang 30%. Mereka kemudian memperluas sistem tersebut ke semua layanan klinik (Act).
  - b. Mengurangi Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit

Sebuah rumah sakit menggunakan metode Six Sigma untuk mengurangi tingkat infeksi nosokomial (infeksi yang terjadi di rumah sakit). Mereka mengidentifikasi bahwa cuci tangan yang tidak sesuai prosedur oleh petugas medis adalah salah satu penyebabnya. Setelah pelatihan dan penggunaan disinfektan otomatis, infeksi menurun 40%. Proses ini menggunakan pendekatan

berbasis data untuk meminimalkan kesalahan dan mengoptimalkan protokol kesehatan.

- c. Peningkatan Manajemen Obat di Apotek Rumah Sakit  
Rumah sakit menerapkan Lean Management untuk memperbaiki manajemen obat di apotek. Dengan mengurangi langkah-langkah tidak efisien, waktu pelayanan obat dari resep ke pasien dipersingkat. Ini juga mengurangi risiko kesalahan pemberian obat karena alur kerja yang lebih terstruktur.

## DAFTAR PUSTAKA

- Chletsos, M., & Saiti, A. (2020). Total Quality Management and Health-Care Sector. SpringerLink
- Gupta, S. D., Sharma, S. K., & Kumar, S. (2022). Quality Management in Health Care3. SpringerLink.
- Mani, V., & Agrawal, R. (2015). Total quality management in health care. TQM Journal, 27(4), 1-8.
- Kristianto Jusuf,( 2012 ) Total Quality Management Hospitals Model in Indonesia, University of Indonesia, xxix + 208 pages, 47 tables
- Kumar, S., & Bauer, K. (2010). Total quality management in healthcare. International Journal of Health Care Quality Assurance, 23(5), 437-451.
- Oschman, J. (2009). The implementation of total quality management in healthcare. African Journal of Business Management, 3(8), 406-414.
- Spath, P. L. (2018). Applying Quality Management in Healthcare: A Systems Approach. Health Administration Press.
- Tabish, S. A. (2024). Total Quality Management1. SpringerLink.



## BIODATA PENULIS



**Dr Jusuf Kristianto, MM, MHA, MPH, PhD**, lahir di Jakarta, 14 Maret. Saat ini penulis tinggal di Jakarta. Pendidikan tinggi ditempuh mulai dari S-1 di Universitas Indonesia, pascasarjana Management Human Resource Development, Master Hospital Management di Hawaii, USA, Magister Public Health Kekhususan Quality Improvement in Health Care Universitas Indonesia & NW Australia, Doctor dalam Public Health dari Universitas Indonesia, Melanjutkan pendidikan Complementary Medicine & Herbal Medicine. Mengikuti Research Short Course di Oslo Universitet, Short Course Nuvic Nesso, Leiden Universitet.

Penulis saat ini mengajar pada jenjang diploma & sarjana di Poltekkes Kemenkes RI, Jakarta I dan mengajar Vokasi Kedokteran UI, serta berbagai perguruan tinggi lain.

[jusufkristianto@gmail.com](mailto:jusufkristianto@gmail.com)

# BAB 9

## Peran Supervisi dalam Meningkatkan Budaya Keselamatan Pasien

\*Ngatemi, S.SiT., MKM.\*

### A. Pendahuluan

Keselamatan pasien adalah salah satu aspek terpenting dalam pelayanan kesehatan, yang mencakup semua tindakan dan prosedur yang dilakukan untuk melindungi pasien dari risiko yang dapat menyebabkan cedera atau kematian akibat kesalahan medis. Dalam era modern ini, di mana teknologi dan pengetahuan medis semakin berkembang, tantangan untuk menjaga keselamatan pasien semakin kompleks. Kualitas pelayanan kesehatan yang baik tidak hanya diukur dari keberhasilan pengobatan, tetapi juga dari seberapa aman lingkungan perawatan yang diberikan kepada pasien.

Statistik menunjukkan bahwa insiden keselamatan pasien masih menjadi masalah signifikan di seluruh dunia. Menurut laporan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), diperkirakan bahwa 1 dari 10 pasien mengalami cedera selama perawatan di rumah sakit, dan lebih dari 400.000 pasien meninggal setiap tahun akibat kesalahan medis di negara-negara maju. Data dari **Institute of Medicine** (IOM) di Amerika Serikat mengungkapkan bahwa sekitar 44.000 hingga 98.000 kematian terjadi setiap tahun akibat kesalahan medis yang dapat dicegah (WHO, 2019). Di Indonesia, Kementerian Kesehatan melaporkan bahwa lebih dari 800.000 insiden keselamatan pasien terjadi setiap tahun, dengan kategori cedera akibat kesalahan medis yang paling tinggi (Kemenkes RI, 2020).

## B. Definisi dan Konsep

### 1. Supervisi

#### a. Definisi

Menurut (Glickman et al., 2014) menyatakan bahwa supervisi adalah proses interaksi yang bertujuan untuk membantu guru dalam pengembangan profesional mereka. Dalam konteks ini, supervisi bukan hanya tentang pengawasan, tetapi juga tentang dukungan, bimbingan, dan pembelajaran berkelanjutan.

Supervisi sebagai proses di mana seorang manajer atau pemimpin memberikan bimbingan, pengawasan, dan dukungan kepada karyawan untuk mencapai tujuan organisasi. Supervisi juga melibatkan komunikasi yang efektif dan umpan balik untuk meningkatkan kinerja individu dan kelompok (Robinson & Judge, 2013).

Supervisi adalah usaha yang dilakukan oleh pimpinan untuk mengarahkan dan membina bawahannya agar dapat melaksanakan tugas secara efektif dan efisien (Margono, 2010).

**Siagian** mendefinisikan supervisi sebagai proses yang dilakukan oleh manajer untuk mengawasi, membimbing, dan membantu bawahan dalam menjalankan tugas mereka. Supervisi bertujuan untuk memastikan bahwa pekerjaan dilakukan sesuai dengan rencana dan standar yang telah ditetapkan, serta untuk meningkatkan kinerja individu dan kelompok dalam organisasi (Siagian, 2015).

Elemen Penting dalam Definisi Siagian tersebut adalah:

- 1) **Pengawasan:** Menekankan pentingnya pemantauan terhadap pelaksanaan tugas dan kegiatan.
- 2) **Bimbingan:** Menunjukkan bahwa supervisi melibatkan proses memberikan arahan dan dukungan kepada bawahan.

- 3) **Tujuan:** Supervisi dilakukan untuk mencapai tujuan organisasi serta meningkatkan kualitas dan produktivitas kerja.
- b. Tujuan dan Fungsi
  - 1) Pengawasan  
Supervisi berfungsi untuk memantau dan mengawasi pelaksanaan tugas dan kegiatan bawahan. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa pekerjaan dilakukan sesuai dengan rencana dan standar yang telah ditetapkan (Glickman et al., 2014).
  - 2) Bimbingan dan Dukungan  
Supervisi memberikan dukungan dan bimbingan kepada bawahan agar mereka dapat mengatasi kesulitan dalam melaksanakan tugas. Ini termasuk memberikan pelatihan dan pembelajaran yang diperlukan (Sweeney, 2010).
  - 3) Peningkatan Kualitas Kerja  
Supervisi berfungsi untuk meningkatkan kualitas kerja individu dan kelompok. Melalui umpan balik dan evaluasi, supervisi membantu bawahan memahami area yang perlu ditingkatkan (Hersey & Blanchard, 2012)
  - 4) Pengembangan Sumber Daya Manusia  
Supervisi juga berfungsi untuk mengembangkan keterampilan dan potensi bawahan melalui pelatihan dan pengembangan profesional. Hal ini membantu dalam menciptakan tim yang lebih kompeten dan efektif (Siagian, 2015).
  - 5) Meningkatkan Komunikasi  
Supervisi berfungsi untuk menciptakan saluran komunikasi yang efektif antara manajer dan bawahan. Ini penting untuk memastikan bahwa informasi yang relevan dan penting disampaikan dengan baik (Yukl, 2010)

6) Evaluasi Kinerja

Supervisi mencakup penilaian kinerja bawahan dan memberikan umpan balik yang konstruktif. Hal ini membantu dalam mengidentifikasi kekuatan dan area yang perlu diperbaiki (Mintzberg, 2009).

**2. Budaya Keselamatan Pasien**

a. Definisi

Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen 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 (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien., 2017).

Budaya keselamatan pasien adalah sekumpulan nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku individu maupun kelompok dalam suatu organisasi yang bertujuan untuk menjaga keselamatan pasien dan mencegah terjadinya insiden atau kesalahan medis. Budaya ini mendorong semua anggota organisasi kesehatan untuk berkomitmen pada praktik kerja yang aman, proaktif dalam mengidentifikasi dan menangani risiko, serta transparan dalam melaporkan insiden untuk perbaikan berkelanjutan (Kohn et al., 2000).

b. Komponen utama budaya keselamatan pasien

Elemen Utama dalam Budaya Keselamatan Pasien:

1. Komitmen terhadap Keselamatan

Setiap individu, mulai dari manajemen puncak hingga staf, memiliki komitmen kuat untuk memastikan keselamatan pasien.

2. **Transparansi dan Pelaporan**  
Lingkungan kerja di mana staf merasa aman untuk melaporkan insiden tanpa takut akan hukuman, sehingga organisasi dapat belajar dari kesalahan dan memperbaiki sistem.
3. **Pendidikan dan Pelatihan**  
Penekanan pada pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan keterampilan staf dalam menangani risiko keselamatan pasien.
4. **Komunikasi Efektif**  
Interaksi terbuka antara anggota tim kesehatan untuk mencegah miskomunikasi yang dapat berdampak pada keselamatan pasien.
5. **Pendekatan Proaktif**  
Identifikasi dan mitigasi risiko sebelum insiden terjadi (WHO, 2009).

### **C. Peran Supervisi Dalam Budaya Keselamatan Pasien**

WHO menekankan pentingnya supervisi dalam membangun budaya keselamatan dengan pendekatan yang berpusat pada pasien. Supervisor berperan dalam memberikan pelatihan, pengembangan prosedur, dan mengawasi pelaksanaan standar keselamatan secara berkelanjutan. Dengan supervisi yang mendukung, staf akan lebih siap dalam mengidentifikasi risiko, mengambil tindakan pencegahan, dan menanamkan nilai-nilai keselamatan dalam setiap interaksi dengan pasien.

Peran supervisi dalam budaya keselamatan pasien sangat penting untuk menciptakan lingkungan pelayanan kesehatan yang aman dan berfokus pada pencegahan risiko serta peningkatan kualitas perawatan. Supervisi berfungsi sebagai pengawas, pembimbing, dan pendukung bagi tenaga kesehatan dalam menjalankan prosedur keselamatan. Berikut ini beberapa peran utama supervisi dalam budaya keselamatan pasien:

1. **Pengawasan Kepatuhan terhadap Prosedur Keselamatan**  
Supervisor bertanggung jawab memastikan setiap anggota tim mematuhi protokol dan prosedur keselamatan yang

sudah ditetapkan, seperti standar higiene, identifikasi pasien, dan prosedur pemeriksaan ganda. Pengawasan ini membantu meminimalkan risiko kesalahan dan meningkatkan kepatuhan terhadap praktik keselamatan pasien.

2. **Pendidikan dan Pelatihan Berkelanjutan**

Supervisi berperan dalam memberikan pelatihan dan pembinaan kepada staf agar selalu mengikuti perkembangan terbaru terkait keselamatan pasien. Pendidikan ini mencakup pemahaman mengenai prosedur keselamatan baru, identifikasi risiko, serta cara-cara mitigasi insiden medis. Dengan pelatihan berkelanjutan, supervisor membantu staf menjadi lebih terampil dan responsif terhadap situasi yang berpotensi membahayakan pasien.

3. **Mendorong Komunikasi Terbuka dan Pelaporan Insiden**

Dalam budaya keselamatan pasien, pelaporan insiden atau *near-miss* (kejadian hampir celaka) sangat penting. Supervisor memainkan peran kunci dalam mendorong komunikasi terbuka dan meminimalkan rasa takut staf untuk melaporkan kesalahan. Dengan menciptakan lingkungan yang tidak menghukum (*non-punitive environment*), staf merasa aman untuk melaporkan risiko atau insiden tanpa khawatir akan sanksi, yang pada akhirnya meningkatkan upaya pencegahan insiden di masa mendatang.

4. **Evaluasi dan Perbaikan Proses**

Supervisor bertugas untuk mengevaluasi praktik yang sedang berjalan dan mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan. Melalui pengawasan yang berkelanjutan, supervisor dapat melihat pola insiden, mengidentifikasi akar penyebab, dan merekomendasikan perubahan prosedur untuk meningkatkan keselamatan pasien. Evaluasi rutin ini penting untuk memastikan standar keselamatan tetap relevan dan efektif dalam mencegah kesalahan.

5. **Membangun Budaya Keselamatan dalam Tim**

Supervisi yang efektif membantu membentuk budaya keselamatan dengan mempromosikan nilai-nilai kerja sama, saling menghargai, dan tanggung jawab bersama dalam menjaga keselamatan pasien. Supervisor bertindak sebagai teladan dalam menerapkan prinsip keselamatan dan membangun sikap positif terhadap upaya pencegahan risiko. Hal ini meliputi penerapan praktik *just culture*, di mana kesalahan diperlakukan sebagai peluang pembelajaran daripada mencari kesalahan individu.

6. **Identifikasi Risiko dan Manajemen Krisis**

Supervisor memainkan peran penting dalam mengidentifikasi risiko yang muncul secara cepat dan mengambil tindakan proaktif untuk mengurangi dampaknya. Jika terjadi insiden kritis, supervisor berperan dalam memastikan penanganan krisis dilakukan sesuai dengan prosedur yang benar, melindungi keselamatan pasien, dan menstabilkan situasi.

Dengan supervisi yang kuat, tenaga kesehatan lebih terarah dalam menerapkan praktik keselamatan, sehingga kejadian kesalahan medis dapat ditekan. Supervisi yang efektif juga meningkatkan kepercayaan pasien terhadap sistem pelayanan karena memastikan bahwa keselamatan mereka menjadi prioritas utama di setiap tahap perawatan.

**D. Implementasi Supervisi untuk Meningkatkan Budaya Keselamatan Pasien**

Implementasi supervisi untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien melibatkan serangkaian langkah strategis yang dirancang untuk menciptakan lingkungan perawatan yang lebih aman dan mengurangi risiko kesalahan medis. Supervisi dalam konteks ini mencakup pemantauan, pelatihan, dan peningkatan kualitas melalui berbagai intervensi. Berikut adalah beberapa cara implementasi supervisi dilakukan:

1. **Pengawasan Kepatuhan Prosedur Keselamatan**

Supervisi memastikan bahwa tenaga kesehatan mematuhi prosedur standar yang berhubungan dengan keselamatan



pasien, seperti identifikasi pasien, kebersihan tangan, dan persiapan alat-alat medis. Dengan pengawasan langsung, supervisor dapat mengidentifikasi penyimpangan dari standar dan segera memberikan koreksi (Manser, 2009). Artikel ini menekankan bahwa pengawasan ketat terhadap prosedur keselamatan yang berlaku adalah langkah kunci untuk meminimalkan kesalahan di lingkungan yang kompleks

## **2. Pelatihan dan Pembinaan Berkelanjutan**

Supervisor memberikan pelatihan berkelanjutan yang berkaitan dengan praktik keselamatan terbaru, pengenalan teknologi baru, atau perubahan dalam prosedur keselamatan. Ini memastikan bahwa semua staf memiliki kompetensi yang dibutuhkan untuk mengidentifikasi dan mengelola risiko. WHO mengidentifikasi pentingnya pelatihan keselamatan berkelanjutan dalam menjaga budaya keselamatan pasien yang kuat dan adaptif (WHO, 2019).

## **3. Komunikasi Terbuka dan Pelaporan Insiden**

Supervisor perlu menciptakan lingkungan yang aman bagi staf untuk melaporkan insiden atau potensi bahaya tanpa takut mendapat sanksi. Ini dilakukan dengan menerapkan *just culture*, di mana kesalahan dilihat sebagai peluang pembelajaran. Supervisi dalam aspek ini penting agar staf merasa didukung dan berani berbagi informasi yang krusial bagi keselamatan pasien. Budaya tanpa rasa takut dalam pelaporan adalah pilar dari budaya keselamatan yang kuat .

## **4. Evaluasi dan Perbaikan Proses**

Supervisor secara rutin mengevaluasi prosedur dan praktek yang berjalan, mengidentifikasi area yang perlu perbaikan, serta menganalisis insiden untuk mencegah kejadian serupa di masa mendatang. Ini dilakukan melalui *root cause analysis* atau analisis akar masalah pada setiap insiden yang terjadi (Reason, 1990). Teori Reason tentang model Swiss Cheese menunjukkan bahwa

supervisi yang fokus pada evaluasi risiko dan perbaikan proses dapat menutup “lubang” dalam sistem yang menjadi celah risiko keselamatan pasien .

**5. Memperkuat Kerjasama Tim**

Supervisi juga berperan dalam menguatkan kerja sama tim melalui koordinasi antar departemen, briefing harian, dan evaluasi bersama. Kerja sama ini meningkatkan respons tim terhadap situasi yang berpotensi membahayakan pasien dan membantu tenaga kesehatan berbagi informasi yang relevan (Manser, 2009). Artikel ini juga menguraikan pentingnya kerja sama dan supervisi dalam menjaga keselamatan pasien, terutama di lingkungan dinamis seperti perawatan intensif atau unit gawat darurat .

**6. Pemantauan Kinerja dan Disiplin**

Menurut Getzels dan Guba, supervisor bertugas memantau kinerja harian staf untuk memastikan kepatuhan terhadap standar keselamatan, dan menegakkan tindakan disiplin jika ada pelanggaran serius yang bisa mengancam keselamatan pasien. Hal ini dilakukan dengan mengedepankan prosedur keselamatan sebagai prioritas. Teori ini menekankan pentingnya peran supervisi dalam menjaga disiplin kerja dalam konteks budaya organisasi yang mengutamakan keselamatan (Panggabean & Mutiara, 2004).

**E. Alur Implementasi Supervisi Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan**

Supervisi dalam keselamatan pasien adalah proses yang bertujuan memastikan bahwa praktik keselamatan pasien di rumah sakit atau fasilitas kesehatan berjalan sesuai standar. Alurnya dapat digambarkan sebagai berikut:

1. Perencanaan Supervisi:
  - a. Menentukan tujuan, area fokus, dan indikator yang akan dievaluasi.

- b. Menyusun tim supervisi yang berisi tenaga profesional (misalnya, dokter, perawat, atau manajer keselamatan).
  - c. Menetapkan jadwal dan metode supervisi (misalnya, audit dokumen, wawancara, atau observasi langsung).
- 2. Pengumpulan Data:
  - a. Melakukan observasi langsung atau audit terhadap proses pelayanan.
  - b. Mencatat temuan terkait praktik keselamatan (misalnya, penanganan pasien, pemakaian alat, kepatuhan prosedur).
- 3. Analisis Data:
  - a. Mengevaluasi hasil supervisi untuk mengidentifikasi area yang perlu perbaikan.
  - b. Membandingkan temuan dengan standar keselamatan yang berlaku.
- 4. Feedback dan Rekomendasi:
  - a. Memberikan masukan kepada tim kesehatan tentang temuan yang diperoleh.
  - b. Menyampaikan rekomendasi atau saran untuk perbaikan agar potensi risiko keselamatan dapat diminimalkan.
- 5. Tindak Lanjut:
  - a. Menyusun rencana tindak lanjut untuk memperbaiki kekurangan yang ditemukan.
  - b. Memastikan bahwa rekomendasi dijalankan oleh pihak yang bertanggung jawab.
- 6. Evaluasi Ulang:
  - a. Melakukan supervisi ulang secara periodik untuk memastikan bahwa perbaikan berkelanjutan.
  - b. Mengevaluasi apakah langkah perbaikan sudah sesuai dan apakah terdapat peningkatan dalam keselamatan pasien.

Alur ini bertujuan untuk menjaga kualitas pelayanan kesehatan dan memastikan bahwa keselamatan pasien selalu menjadi prioritas utama.

#### **F. Tantangan dalam Supervisi Keselamatan Pasien**

Supervisi dalam budaya keselamatan pasien menghadapi berbagai tantangan yang dapat mempengaruhi efektivitas implementasi strategi keselamatan. Tantangan-tantangan ini melibatkan aspek sumber daya manusia, budaya organisasi, hingga kendala struktural. Berikut adalah beberapa tantangan utama dalam supervisi keselamatan pasien:

##### **1. Kurangnya Sumber Daya dan Waktu**

Supervisor seringkali memiliki keterbatasan waktu dan sumber daya untuk melakukan supervisi secara optimal, terutama dalam fasilitas dengan jumlah pasien yang tinggi atau staf yang terbatas. Beban kerja yang berat membuat mereka kesulitan untuk melakukan pemantauan mendalam, bimbingan, dan pelatihan berkelanjutan, yang berakibat pada pengawasan keselamatan yang kurang intensif (Institute Of Medicine, 2000). Laporan ini menunjukkan bahwa keterbatasan sumber daya dan alokasi waktu yang tidak memadai menjadi tantangan besar dalam pengelolaan keselamatan pasien yang optimal .

##### **2. Budaya Takut Melaporkan Insiden atau Kesalahan**

Salah satu tantangan besar dalam supervisi keselamatan adalah menciptakan lingkungan yang mendukung pelaporan insiden tanpa rasa takut. Di banyak organisasi, staf enggan melaporkan kesalahan karena takut akan sanksi atau dampak negatif terhadap karir mereka. Hal ini menghambat kemampuan supervisor untuk mendapatkan data yang diperlukan untuk melakukan perbaikan keselamatan secara efektif (Reason, 1997). Reason menekankan bahwa budaya yang cenderung menyalahkan individu daripada sistem secara keseluruhan menghambat pelaporan insiden, yang

penting untuk perbaikan berkelanjutan dalam budaya keselamatan.

**3. Resistensi terhadap Perubahan dan Kurangnya Dukungan Organisasi**

Perubahan dalam prosedur keselamatan seringkali membutuhkan waktu dan adaptasi. Beberapa anggota staf mungkin resistensi terhadap perubahan ini karena merasa nyaman dengan prosedur yang sudah ada. Selain itu, kurangnya dukungan dari manajemen dalam bentuk kebijakan yang kuat atau alokasi anggaran untuk keselamatan pasien juga menjadi penghambat dalam efektivitas supervisi (Kotter, 1996). Dalam bukunya, Kotter menguraikan tantangan utama dalam perubahan organisasi, termasuk resistensi terhadap perubahan, yang relevan dalam konteks supervisi dan implementasi standar keselamatan pasien.

**4. Kurangnya Kompetensi dan Pelatihan Supervisor**

Tantangan lain yang sering ditemui adalah kurangnya pelatihan dan kompetensi supervisor dalam menerapkan standar keselamatan pasien. Jika supervisor tidak memiliki pemahaman mendalam tentang prinsip-prinsip keselamatan atau tidak menerima pelatihan yang cukup, mereka akan kesulitan untuk mengidentifikasi risiko, memberikan bimbingan, atau melakukan evaluasi yang efektif (WHO, 2019). WHO menekankan bahwa pendidikan dan pelatihan bagi supervisor merupakan elemen kunci untuk membangun kompetensi dalam supervisi keselamatan pasien.

**5. Kompleksitas dan Variabilitas dalam Lingkungan Kesehatan**

Lingkungan kesehatan, terutama dalam unit kritis seperti UGD dan ICU, sangat dinamis dan rentan terhadap risiko. Kompleksitas ini menyulitkan supervisor untuk mengawasi setiap aspek secara efektif karena perubahan yang cepat dan variasi kondisi pasien yang tinggi (Manser, 2009). Artikel ini menyatakan bahwa lingkungan kerja yang kompleks dan cepat berubah seperti rumah

sakit memberikan tantangan signifikan bagi supervisor dalam pengawasan keselamatan .

**6. Keterbatasan Teknologi dan Infrastruktur**

Banyak fasilitas kesehatan yang masih menggunakan sistem manual untuk pelaporan dan pemantauan keselamatan pasien. Hal ini menyulitkan supervisor untuk mengakses data secara real-time atau melakukan analisis data yang efektif. Tanpa dukungan teknologi yang memadai, pengawasan keselamatan pasien menjadi lebih lambat dan kurang akurat (Carayon & Al, 2015). Dalam studi ini, Carayon dan tim menunjukkan bagaimana keterbatasan teknologi dapat mempengaruhi efisiensi pengawasan dan keselamatan dalam organisasi kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Carayon, P., & Al, E. (2015). Advancing A Sociotechnical Systems Approach To Workplace Safety - Developing The Conceptual Framework. *Ergonomics*, 58 (4), 548-564.
- Glickman, C. D., Gordon, S. P., & Gordon, D. R. (2014). *Supervision and Instructional Leadership: A Developmental Approach*. Pearson Education inc.
- Hersey, P., & Blanchard, K. H. (2012). *Management of Organizational Behavior: Utilizing Human Resources*. Pearson Education inc.
- Institute Of Medicine. (2000). *To Err Is Human: Building A Safer Health System*.
- Kemenkes RI. (2020). *Laporan Nasional Keselamatan Pasien*.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. National Academy Press.
- Kotter, J. P. (1996). *Leading Change*. Harvard Business Review Press.
- Mintzberg, H. (2009). *Managing*. Berrett-Koehler Publishers.
- Panggabean, S., & Mutiara. (2004). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Ghalia Indonesia.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien., Pub. L. No. 11 (2017).
- Reason, J. (1990). *Human Error*. Cambridge University Press.
- Reason, J. (1997). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate Publishing Limited.
- Robinson, S. P., & Judge, T. A. (2013). *Organizational Behavior*. Pearson Education inc.
- Siagian, S. P. (2015). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Binarupa Aksara.
- Sweeney, D. A. (2010). *The Power of Collaborative Leadership: How to Succeed in a Complex World*. Corwin Press.
- WHO. (2009). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*.
- WHO. (2019). *Patient Safety: Global Action on Patient Safety*.
- Yukl, G. (2010). *Leadership in Organizations*. Pearson Education inc.

## BIODATA PENULIS



**Ngatemi, S.Si.T., MKM**, Lahir di Gunung Kidul, tanggal 5 April 1967. Tinggal di Jl. Pinang V Gg.H. Arif No. 48 RT 009/009 Kelurahan Pondok Labu Kecamatan Cilandak Jakarta Selatan. Pekerjaan sebagai ASN dengan pangkat/golongan Pembina/IV A. Jabatan sebagai Dosen (Lektor Kepala) Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Jakarta I. Pengalaman kerja, pernah bekerja di Puskesmas Semin 1986, kemudian tahun 1987 diangkat menjadi PNS sebagai Guru SPRG Yogyakarta sejak tahun 1987 sampai tahun 1997. Kemudian mutasi kerja ke Poltekkes Jakarta I, sebagai dosen dengan mengampu mata kuliah, Etika dan hukum Kesehatan, Promosi Kesehatan Gigi dan Mulut, Preventive Dentistry, Pelayanan Asuhan Kesehatan Gigi dan Mulut, Multi Media Interaktif dalam Kesehatan Gigi dan Mulut, Manajemen Kesehatan Gigi dan Mulut, Dental Asisten, pembimbing Karya Tulis Ilmiah dan Kewirausahaan. Tugas tambahan yang pernah dialami pernah menjadi Ibu Asrama, Penjaminan mutu, asesor BKD, pengelola klinik gigi (owner).

Email Penulis: 1966ngatemi@gmail.com,  
FB.Emiayu Emi



# BAB 10

## Konsep Infeksi Nosokomial

*\*Femmy Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH\**

### A. Pendahuluan

Infeksi nosokomial atau disebut juga dengan Hospital Acquired Infections (HAIS) adalah infeksi yang didapat di rumah sakit terjadi pada pasien yang dirawat di rumah sakit paling tidak selama 72 jam dan pasien tersebut tidak menunjukkan gejala infeksi saat masuk rumah sakit. Infeksi nosokomial bukan merupakan dampak dari infeksi penyakit yang telah dideritanya. Pasien, petugas kesehatan, pengunjung dan penunggu pasien merupakan kelompok yang paling berisiko terjadinya infeksi nosokomial, karena infeksi ini dapat menular dari pasien ke petugas kesehatan, dari pasien ke pengunjung atau keluarga ataupun dari petugas ke pasien (Kemenkes RI, 2017). Penularan infeksi nosokomial di rumah sakit bisa melalui kontak langsung, common vehicle, udara, vektor dan makanan ataupun minuman. Penyebab Infeksi Nosokomial Agen infeksi terdiri dari bakteri, virus, parasit, jamur, dan faktor alat. Infeksi nosokomial yang disebabkan oleh petugas kesehatan termasuk perawat salah satunya terjadi karena ketidak patuhan dalam penerapan prinsip standard precautions. Standard precautions merupakan tindakan pengendalian infeksi yang dilakukan oleh seluruh tenaga kesehatan untuk mengurangi risiko penyebaran infeksi dan didasarkan pada prinsip bahwa darah dan cairan tubuh dapat berpotensi menularkan penyakit, baik berasal dari pasien maupun petugas (Sihombing, L. A, 2020).

Infeksi nosokomial merupakan masalah serius bagi semua rumah sakit, karena kejadian infeksi ini dapat menghambat proses penyembuhan dan pemulihan pasien, bahkan dapat menimbulkan peningkatan morbiditas, mortalitas, dan memperpanjang lama hari rawat, sehingga biaya meningkat dan akhirnya mutu pelayanan di institusi pelayanan kesehatan akan menurun. Infeksi nosokomial inipun bahkan dapat menjadi penyebab kematian langsung maupun tidak langsung pada pasien. Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Institusi pelayanan kesehatan selain memberikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif juga memberikan pelayanan preventif dan promotif. Pelayanan preventif harus menjadi perhatian bagi seluruh pemberi pelayanan kesehatan dimana saja dan kapan saja pelayanan kesehatan diberikan. sehingga kejadian infeksi sehubungan dengan pelayanan kesehatan dapat dicegah atau diminimalkan. Oleh karena itu rumah sakit dituntut untuk dapat memberikan pelayanan yang profesional, bermutu sesuai dengan standar yang sudah ditentukan (Ibrahim, H, 2019).

## **B. Konsep Infeksi Nosokomial**

### **1. Pengertian Infeksi Nosokomial**

Infeksi merupakan suatu keadaan dimana ditemukan adanya agen infeksi(organisme), dimana terdapat respon imun, tetapi tidak disertai gejala klinik. Infeksi terjadi ketika patogen menyebar ke pasien yang rentan. Dalam layanan kesehatan modern, prosedur dan pembedahan invasif, peralatan medis yang terpasang di dalam tubuh, dan perangkat prostetik berhubungan dengan infeksi ini (Nasution, L. H, 2013).

Nosokomial berasal dari kata Yunani nosocomium yang berarti rumah sakit. Jadi kata nosokomial artinya "yang berasal dari rumah sakit". Jadi, infeksi nosokomial

(Hospital Acquired Infection (HAI)/ Nosocomial Infection) adalah infeksi yang didapat dari rumah sakit atau ketika penderita itu dirawat di rumah sakit. Infeksi ini baru timbul sekurang-kurangnya dalam waktu 3 x 24 jam sejak mulai dirawat, dan bukan infeksi kelanjutan perawatan sebelumnya (Nasution, L. H, 2013).

HAI adalah kejadian buruk yang paling umum dalam pelayanan kesehatan yang mempengaruhi keselamatan pasien. Penyakit ini berkontribusi terhadap morbiditas, mortalitas, dan beban keuangan yang signifikan pada pasien, keluarga, dan sistem layanan kesehatan. Munculnya organisme yang resistan terhadap berbagai obat adalah komplikasi lain yang terlihat pada HAI. Beban HAI di seluruh dunia tidak diketahui karena kurangnya sistem surveilans HAI. Namun, terdapat upaya besar dalam program pencegahan dan pengendalian infeksi untuk mengembangkan sistem pengawasan dan metode pengendalian infeksi (Menkes, 2017).

Infeksi nosokomial adalah infeksi yang didapat selama proses menerima layanan kesehatan dan dapat terjadi di berbagai area pemberian layanan kesehatan, seperti di rumah sakit, fasilitas perawatan jangka panjang, dan tempat rawat jalan, dan mungkin juga muncul setelah keluar dari rumah sakit. Infeksi nasokomial juga mencakup infeksi akibat kerja yang dapat menyerang staf (Valentina,T, 2020).

## **2. Etiologi**

### **a. Jenis Infeksi Terkait Layanan Kesehatan (Hospital Acquired Infection/ HAI)**

Patogen yang bertanggung jawab berasal dari berbagai sumber berbeda dan diwakili oleh berbagai jenis HAI. Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit secara luas mengkategorikan jenis HAI sebagai berikut (Sihombing, L. A, 2020):

- 1) Infeksi aliran darah terkait jalur sentral (CLABSI)
- 2) Infeksi saluran kemih terkait kateter (CAUTI)

- 3) Infeksi tempat bedah (SSI)
- 4) Pneumonia terkait ventilator (HAP&VAP)

Jenis HAI lainnya termasuk pneumonia yang didapat di rumah sakit yang tidak terkait dengan ventilator, infeksi saluran cerna (termasuk *Clostridioides difficile*), infeksi aliran darah primer lainnya tidak terkait dengan penggunaan kateter sentral, dan infeksi saluran kemih lainnya tidak terkait dengan kateter. HAI juga dapat dikelompokkan berdasarkan sistem yang terkena dampak seperti infeksi telinga, mata, hidung dan tenggorokan, infeksi saluran pernapasan bawah (termasuk bronkitis, trakeobronkitis, bronkiolitis, trakeitis, abses paru atau empiema tanpa bukti pneumonia), infeksi kulit dan jaringan lunak, infeksi kardiovaskular, infeksi tulang dan sendi, infeksi sistem saraf pusat, dan infeksi saluran reproduksi.

b. Organisme Penyebab

Patogen yang menyebabkan infeksi nosokomial antara lain bakteri, virus, dan jamur. Mikroorganisme spesifik mempunyai karakteristik unik yang mendukung jenis infeksi tertentu pada inang yang rentan. Prevalensi infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme tertentu bervariasi tergantung pada lokasi fasilitas kesehatan, fasilitas kesehatan, dan populasi pasien. Secara keseluruhan, bakteri merupakan patogen yang paling umum, diikuti oleh jamur dan virus (Hertina, Y. N., dkk, 2019).

1) Bakteri

Bakteri dapat berasal dari sumber eksogen atau endogen sebagai bagian dari flora alami. Infeksi bakteri oportunistik terjadi ketika terjadi gangguan fungsi sistem kekebalan tubuh. Organisme Gram positif yang umum termasuk *Staphylococci* koagulase-negatif. Organisme Gram-negatif yang umum termasuk spesies dari

keluarga Enterobacteriaceae, termasuk spesies *Klebsiella pneumoniae* dan *Klebsiella oxytoca*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, dan *Enterobacter*; *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*, dan *Burkholderia cepacia*. *Acinetobacter baumannii* dikaitkan dengan angka kematian yang tinggi dalam perawatan intensif karena sifatnya yang resistan terhadap berbagai obat. Bakteri yang resistan terhadap beberapa obat umumnya terlihat pada HAI dan berhubungan dengan kematian yang signifikan.

## 2) Jamur

Patogen jamur biasanya berhubungan dengan infeksi oportunistik pada pasien dengan sistem imun lemah dan pada pasien yang memiliki alat yang terpasang di dalam tubuh, seperti saluran sentral atau kateter urin. Spesies *Candida*, seperti *C. albicans*, *C. parapsilosis*, *C. glabrata* adalah organisme jamur yang paling sering ditemui terkait dengan HAI. *Candida auris* menimbulkan masalah serius sebagai organisme yang resistan terhadap berbagai obat yang muncul secara global dengan morbiditas dan mortalitas yang tinggi karena kesulitan dalam diagnosis dan tingginya tingkat kegagalan pengobatan. Secara keseluruhan, spesies *Candida* merupakan patogen keempat yang paling umum di semua jenis HAIs. *Aspergillus fumigatus* dapat tertular melalui kontaminasi udara di area konstruksi layanan kesehatan. Namun, pasien yang dirawat di rumah sakit yang terinfeksi mungkin merupakan sumber utama.

## 3) Virus

Infeksi akibat patogen virus adalah yang paling sedikit dilaporkan, yaitu 1-5% dari seluruh patogen HAIs. Hepatitis B dan C yang didapat dari

layanan kesehatan dan virus defisiensi manusia (HIV) telah terlibat dalam praktik penggunaan jarum suntik yang tidak aman. Secara global, 5,4% dari seluruh infeksi HIV terkait dengan layanan kesehatan dan sering terjadi di negara-negara berkembang. Patogen virus lain yang dilaporkan termasuk rhinovirus, cytomegalovirus, virus herpes simplex, rotavirus, dan influenza.

### **3. Epidemiologi**

Infeksi nosokomial mempengaruhi sejumlah besar pasien secara global, menyebabkan peningkatan angka kematian dan dampak finansial pada sistem layanan kesehatan. Meskipun beban global infeksi terkait layanan kesehatan (HAI) masih belum diketahui karena kurangnya data dan sistem surveilans yang dapat diandalkan (Nasution, L. H, 2013).

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa area penularan HAI paling tinggi terjadi pada orang dewasa dan anak-anak di luar ICU, pasien ICU, tempat penitipan neonatus yang berisiko tinggi, dan kemudian tempat penitipan bayi yang sehat. Beban endemik HAI nampaknya lebih tinggi di negara-negara berkembang. Analisis data yang dikumpulkan dari negara-negara berkembang menunjukkan prevalensi HAI sebesar 15,5%, yang sebagian besar terjadi sebagai pneumonia terkait ventilator dan infeksi neonatal di ruang perawatan intensif ( Fanisa, 2020)

### **4. Patofisiologi**

Menurut Wahyuningsih, D. S. dan Ekawati, E. R. (2021):

#### **a. Jalur Penularan**

Patogen yang terkait dengan infeksi layanan kesehatan (HAI) mungkin memiliki jalur penularan yang berbeda. Cara penularan yang paling umum adalah melalui kontak, dimana organisme ditularkan melalui kontak langsung atau tidak langsung. Mikroorganisme umum yang dapat ditularkan melalui

kontak adalah bakteri yang resistan terhadap berbagai obat (seperti MRSA, organisme Gram-negatif penghasil ESBL, VRE), *C. difficile*, dan rotavirus. Penularan melalui droplet dapat terjadi ketika mikroorganisme ditularkan dari saluran pernapasan melalui droplet berukuran besar (lebih dari 5 mikron) dan menempuh jarak kurang dari 3 kaki. Contoh patogen menular yang ditularkan melalui jalur droplet antara lain influenza, *Bordetella pertussis*, dan *Neisseria meningitidis*. Penularan melalui udara melibatkan penularan organisme dari saluran pernapasan melalui tetesan kecil (kurang dari 5 mikron) yang menempuh jarak jauh. Virus cacar air, tuberkulosis, campak, dan virus baru SARS-COV-2 dapat ditularkan melalui jalur udar.

b. Central Line-Associated Blood Stream Infection (CLABSI) atau Infeksi Aliran Darah Terkait Jalur Sentral

CLABSI terjadi pada pengaturan jalur vena sentral (CVC) dan merupakan jenis HAI yang paling dapat dicegah. CLABSI biasanya terjadi ketika bakteri pada kulit berkembang biak di sepanjang bagian luar kateter menuju bagian intravaskular. Kontaminasi CVC selama proses penyisipan atau manipulasi atau melalui penyemaian hematogen adalah cara lain terjadinya CLABSI. Bakteri dan patogen jamur yang bertanggung jawab atas CLABSI dan CAUTI sering kali memiliki sifat virulensi yang menghasilkan produksi biofilm, yang meningkatkan kepatuhan dan proliferasi pada perangkat eksternal.

Faktor risiko CLABSI dapat dibagi menjadi faktor host dan kateter. Faktor pejamu termasuk status imunokompromais seperti penyakit kronis, neutropenia, malnutrisi, nutrisi parenteral, usia ekstrem, dan transplantasi sumsum tulang. Faktor kateter meliputi rawat inap yang lama sebelum

kateterisasi, waktu kateterisasi yang lama, CVC multilumen, jenis bahan kateter, CVC multipel, pemasangan segera, dan kurangnya penghalang steril atau gangguan dalam teknik aseptik.

c. Catheter-Associated Urinary tract Infection (CAUTI) atau Infeksi Saluran Kemih Terkait Kateter

CAUTI adalah infeksi saluran kemih yang terjadi akibat pemasangan kateter urin yang terpasang di dalam, yang dapat dipasang karena berbagai indikasi medis. S CAUTI dapat diklasifikasikan sebagai ekstraluminal atau intraluminal. Infeksi ekstraluminal terjadi ketika bakteri menelusuri permukaan ekstraluminal kateter dan masuk dari meatus uretra ke kandung kemih. Infeksi intraluminal muncul ketika terdapat stasis urin, biasanya karena penyumbatan drainase atau infeksi menaik dari sisi intraluminal kateter yang terkontaminasi. Bakteri dan jamur patogen biasanya menggunakan pembentukan biofilm untuk memfasilitasi pertumbuhan dan penyebaran bersama dengan perangkat yang ada di dalamnya. Mikroflora tinja dan kulit umumnya merupakan patogen penyebab. Sejumlah penelitian telah mencantumkan *E.coli* sebagai patogen CAUTI yang paling umum, diikuti oleh *Klebsiella pneumoniae/oxytoca*, spesies *Enterococcus*, *Pseudomonas aeruginosa*, dan spesies *Candida*. Komplikasi CAUTI termasuk keterlibatan saluran kemih bagian atas, sepsis, dan bakteremia.

Faktor risiko paling penting untuk CAUTI adalah durasi kateterisasi. Protokol operatif atau pemasangan, seperti ketidakpatuhan terhadap teknik aseptik, merupakan faktor risiko lain yang dapat dimodifikasi. Karakteristik pasien yang mempengaruhi peningkatan risiko adalah jenis kelamin perempuan, paraplegia, penyakit serebrovaskular, usia lebih tua, diabetes



melitus, riwayat ISK pada tahun sebelumnya, dan penggunaan antibiotik baru-baru ini dalam 90 hari.

d. Skin and Soft Tissue Infection (SSI) atau Infeksi Kulit dan Jaringan Lunak

SSI terjadi pada 2-5% pasien yang menjalani operasi dan biasanya muncul dalam waktu 30 hari setelah operasi atau 90 hari setelah perangkat ditanamkan. Kedalaman dan lokasi infeksi menentukan jenis SSI: SSI superfisial hanya mengenai kulit dan jaringan subkutan; SSI yang dalam melibatkan otot atau fascia, dan SSI organ atau ruang tertentu menempati area anatomi di sekitar lokasi pembedahan. Kulit pasien, saluran pencernaan, dan saluran genital wanita berfungsi sebagai reservoir flora sehat yang dapat mengkontaminasi lokasi pembedahan tergantung pada lokasi pembedahan.

Faktor risiko terkait prosedur meliputi durasi pembedahan, kelas luka, hipotermia dan hipovolemia selama pembedahan, hipoksemia, urgensi pembedahan, lebih dari satu intervensi/pembedahan, perlunya transfusi darah, dan jenis prostesis yang dipasang. Faktor risiko yang paling penting adalah durasi operasi karena lamanya jaringan terpapar ke lingkungan sehingga meningkatkan kemungkinan kontaminasi.

Kelas luka juga menjadi pertimbangan penting, luka kotor, terkontaminasi, dan terkontaminasi bersih memiliki risiko paling besar dibandingkan luka bersih. Faktor risiko pasca operasi meliputi adanya saluran pembuangan luka, kebersihan luka yang buruk, dan lama rawat inap pasca operasi. Faktor risiko yang berhubungan dengan pasien meliputi imunosupresi, penggunaan tembakau, obesitas, hiperglikemia, malnutrisi, penyakit sendi, dan bertambahnya usia. Patogen SSI yang umum adalah *E.coli*, *S. aureus*, spesies *Klebsiella*, spesies *Enterobacter*, spesies

Enterococcus, spesies Streptococcus, Staphylococcus koagulase-negatif. Sumber mikroorganisme eksogen dari instrumentasi bedah, lingkungan, dan operator merupakan sumber yang kurang umum dan biasanya terjadi pada kelompok infeksi.

e. Pneumonia

Pneumonia yang didapat di rumah sakit adalah pneumonia yang berkembang setelah 48 jam masuk rumah sakit. Pneumonia terkait ventilator berkembang setelah 48 jam intubasi endotrakeal. Sekitar 5 hingga 15% pasien yang menggunakan ventilasi mekanis mengalami VAP.

Kerentanan host tergantung pada faktor lokal, seperti penyakit paru-paru yang mendasarinya, atau faktor sistemik, yaitu immunosupresi, neutropenia, usia lebih dari 70 tahun, disfagia, dan operasi perut atau toraks yang baru saja dilakukan.

Ventilasi mekanis, sedasi, posisi terlentang, perawatan mulut yang buruk, penurunan kondisi fisik, dan intubasi ulang merupakan faktor risiko VAP. Faktor risiko terjadinya HAP atau VAP dengan organisme yang resisten terhadap berbagai obat adalah penggunaan antibiotik sebelumnya dalam 90 hari terakhir, kebutuhan akan dukungan ventilasi, syok septik pada saat VAP, sindrom gangguan pernapasan akut sebelum VAP, lebih dari lima hari rawat inap. sebelum timbulnya VAP dan kebutuhan akan terapi pengganti ginjal akut.

f. Infeksi Clostridioides difficile (CDI)

Clostridioides difficile adalah organisme paling umum yang ditemui di HAI. CDI menyebabkan diare dan kolitis terkait antibiotik. Kolonisasi saluran usus terjadi melalui penularan fekal-oral dan juga melalui aerosolisasi spora. C. difficile menghasilkan racun yang bekerja pada sel epitel usus yang menyebabkan cedera jaringan dan mengakibatkan diare. Faktor

risiko yang paling penting untuk timbulnya infeksi *C. difficile* (HO-CDI) di fasilitas layanan kesehatan adalah penggunaan antibiotik dan kontaminasi lingkungan, yang keduanya merupakan faktor risiko yang dapat dimodifikasi. Faktor risiko lain yang sering terlihat termasuk bertambahnya usia, rawat inap, berbagai penyakit penyerta, penggunaan obat penekan asam lambung, dan imunosupresi.

#### **5. Gejala Infeksi Nasokomial**

Gejala yang dialami oleh pengidap harus timbul setelah perawatan di rumah sakit, dan gangguan yang terjadi tidak sesuai dengan keluhan awal saat masuk rumah sakit. Beberapa gejala umum saat seseorang mengalami infeksi nasokomial, antara lain (Ibrahim, H, 2019):

- a. Batuk dengan dahak kental
- b. Demam atau menggigil
- c. Jantung berdebar cepat (takikardia)
- d. Tubuh terasa lemas
- e. Nyeri punggung bawah atau perut bawah
- f. Sesak napas
- g. Sensasi terbakar saat buang air kecil
- h. Kelelahan atau kelemahan yang ekstrem
- i. Kulit kemerahan dan nyeri disekitar luka operasi atau jarum
- j. Banyak berkeringat
- k. Nyeri otot
- l. Mual dan muntah

#### **6. Pengobatan Infeksi Nasokomial**

Pengobatan awal infeksi nasokomial adalah pemberian antibiotika secara empiris, yaitu pemberian antibiotika yang tidak spesifik sebelum ada hasil dari kultur, setelah ada hasil pemeriksaan kultur, dan pemberian antibiotik akan disesuaikan dengan jenis bakteri secara lebih spesifik. Selain itu anti jamur maupun anti virus juga dapat diberikan jika dicurigai penyebabnya adalah jamur atau virus. Seluruh alat yang menempel pada tubuh dan mengakibatkan infeksi

seperti kateter, selang napas, selang infus, atau lainnya jika memungkinkan segera dicabut. Lalu terapi support seperti pemberian cairan, oksigen, atau obat untuk mengatasi demam dapat diberikan. Prosedur operasi debridement dapat dilakukan untuk infeksi pada luka operasi, dengan cara memotong atau mengangkat jaringan yang tidak sehat (Shely S.R.N., 2017).

**7. Komplikasi Infeksi Nasokomial**

Beberapa komplikasi infeksi nasokomial, anatar lain (Shely S.R.N., 2017).

- a. Endokarditis
- b. Gagal ginjal
- c. Sepsis
- d. Kegagalan pernapasan
- e. Empiema
- f. Efusi parapneumonia
- g. Tromboflebitis supuratif
- h. Atritis septik
- i. Osteomielitis
- j. Penolakan perangkat implant/prostetik
- k. Oparasi ulang atau pengangkatan perangkat/prostetik yang terinfeksi
- l. Pembentukan abses
- m. Infeksi rongga tubuh
- n. Infeksi yang berulang atau sulit diobati

**8. Pencegahan Infeksi Nasokomial**

Pengendalian infeksi nosokomial adalah kegiatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan dan pengawasan serta pembinaan dalam upaya menurunkan angka kejadian infeksi di rumah sakit. Untuk melakukan tindakan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi perlu mengetahui rantai penularan infeksi. Apabila satu mata rantai dapat dihilangkan atau dirusak, maka penularan infeksi dapat dicegah atau dihentikan (Fanisa, 2020).

Komponen yang diperlukan sehingga terjadi penularan infeksi tersebut adalah:

- a. Agen infeksi (*infectious agent*) adalah mikroorganisme yang dapat menyebabkan infeksi. Agen infeksi dapat berupa bakteri, virus, rickettsia, jamur dan parasit. Ada tiga faktor pada agen penyebab yang mempengaruhi terjadinya infeksi yaitu : patogenitas, virulensi dan jumlah mikroorganisme.
- b. Reservoir atau tempat dimana agen infeksi dapat hidup, tumbuh, berkembang biak dan siap ditularkan kepada orang lain. Reservoir yang paling umum adalah manusia, binatang, tumbuh-tumbuhan, tanah, air dan bahan-bahan organik lainnya. Pada orang sehat, permukaan kulit, selaput lendir saluran napas atas, usus dan vagina merupakan reservoir yang umum.
- c. Pintu keluar (*portal of exit*) adalah jalan darimana agen infeksi meninggalkan reservoir. Pintu keluar meliputi saluran pernapasan, saluran pencernaan, saluran kemih dan kelamin, kulit dan membrana mukosa, plasenta dan darah serta cairan tubuh lain.
- d. Transmisi (cara penularan) adalah mekanisme bagaimana transport agen infeksi dari reservoir ke penderita (yang suseptibel). Ada beberapa cara penularan yaitu : (1) kontak : langsung dan tidak langsung, (2) droplet, (3) airborne, (4) melalui vektor (makanan, air/minuman, darah) dan (5) melalui vektor (biasanya serangga dan binatang pengerat).
- e. Pintu masuk (*portal of entry*) adalah tempat dimana agen infeksi memasuki pejamu (yang suseptibel). Pintu masuk bisa melalui saluran pernapasan, pencernaan, saluran kemih dan kelamin, selaput lendir, serta kulit yang tidak utuh (luka).

- f. Pejamu (*host*) yang suseptibel, adalah orang yang tidak memiliki daya tahan tubuh yang cukup untuk melawan agen infeksi serta mencegah terjadinya infeksi atau penyakit. Faktor yang khusus dapat mempengaruhi adalah umur, status gizi, status imunisasi, penyakit kronis, luka bakar yang luas, trauma atau pembedahan, pengobatan dengan imunosupresan. Faktor lain yang mungkin berpengaruh adalah jenis kelamin, ras atau etnis tertentu, status ekonomi, gaya hidup, pekerjaan dan heredite.

Proses terjadinya infeksi bergantung kepada interaksi antara suseptibilitas pejamu, agen infeksi (patogenitas, virulensi dan dosis) serta cara penularan. Identifikasi faktor risiko pada pejamu dan pengendalian terhadap infeksi tertentu dapat mengurangi insiden terjadinya infeksi nosokomial/(HAIs), baik pada pasien ataupun pada petugas kesehatan.

**Strategi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi** terdiri dari (Menkes, 2017) :

- a. Peningkatan daya tahan pejamu. Daya tahan pejamu dapat meningkat dengan pemberian imunisasi aktif (contoh vaksinasi Hepatitis B), atau pemberian imunisasi pasif (imunoglobulin). Promosi kesehatan secara umum termasuk nutrisi yang adekuat akan meningkatkan daya tahan tubuh.
- b. Inaktivasi agen penyebab infeksi. Inaktivasi agen infeksi dapat dilakukan dengan metode fisik maupun kimiawi. Contoh metode fisik adalah pemanasan (Pasteurisasi atau Sterilisasi) dan memasak makanan seperlunya. Metode kimiawi termasuk klorinasi air, disinfeksi peralatan dan lingkungan, serta penggunaan antibiotika.
- c. Memutus rantai penularan. Hal ini merupakan cara yang paling mudah untuk mencegah penularan penyakit infeksi, tetapi hasilnya sangat

bergantung kepada ketaatan petugas dalam melaksanakan prosedur yang telah ditetapkan. Tindakan pencegahan ini telah disusun dalam suatu *"Isolation Precautions"* (Kewaspadaan Isolasi) yang terdiri dari dua pilar/tingkatan yaitu *"Standard Precautions"* (Kewaspadaan Standar/Baku) dan *"Transmission-based Precautions"* (Kewaspadaan berdasarkan cara penularan). Prinsip dan komponen apa saja dari kewaspadaan baku akan dibahas pada bab berikutnya.

- d. Tindakan pencegahan paska pajanan (*"Post Exposure Prophylaxis"* / PEP) terhadap petugas kesehatan. Hal ini terutama berkaitan dengan pencegahan agen infeksi yang ditularkan melalui darah dan cairan tubuh lainnya, yang sering terjadi karena luka tusuk jarum bekas pakai atau pajanan lainnya. Penyakit yang perlu mendapat perhatian adalah hepatitis B, Hepatitis C dan HIV.

#### **Manfaat Pencegahan dan Pengendalian Infeksi:**

Pengendalian infeksi nosokomial sangat bermanfaat bagi pasien maupun rumah sakit antara lain yaitu menekan dan mengurangi kejadian infeksi, menekan dan menurunkan morbiditas dan mortalitas, mengurangi lama hari perawatan, mengurangi biaya perawatan, serta meningkatkan mutu dan citra rumah sakit dengan adanya angka infeksi yang rendah

#### **Ruang lingkup kegiatan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi meliputi:**

- a. Kewaspadaan Isolasi  
Kewaspadaan Standard:
  - 1) Cuci tangan
  - 2) Penggunaan Alat Pelindung Diri
  - 3) Pengendalian Lingkungan Rumah Sakit
  - 4) Penanganan limbah RS dan Benda tajam

- 5) Penanganan linen dan laundry
- 6) Pemrosesan Peralatan Perawatan Pasien  
(Pembersihan, Disinfeksi, Sterilisasi)
- 7) Penempatan Pasien
- 8) Kesehatan karyawan
- 9) Etika batuk
- 10) Penyuntikan yang aman
- 11) Praktek lumbal punksi

Kewaspadaan Berdasarkan Transmisi yaitu Airborne, Droplet dan Contact

b. Penggunaan Anti Biotika yang rasional

- 1) Surveilans
  - a) Infeksi Luka Operasi (ILO)
  - b) Infeksi Saluran Kemih (ISK)
  - c) Infeksi Saluran Pernapasan ( Pneumonia )
  - d) Infeksi Saluran Pernapasan berhubungan dengan pemakaian Ventilator (VAP)
  - e) Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)
  - f) Penggunaan antimikroba
  - g) Pola mikroorganisme
  - h) Plebitis
  - i) Dekubitus
  - j) MRSA, Hepatitis
  - k) Luka tusuk jarum
- 2) Pendidikan dan Pelatihan Infeksi nosokomial  
yaitu Staf RS, Mahasiswa, Pasien, keluarga dan masyarakat RS
- 3) Pencegahan infeksi nosokomial:
  - a) Infeksi Luka Operasi ( ILO )
  - b) Infeksi Saluran Kemih ( ISK )
  - c) Infeksi Saluran Pernapasan ( Pneumonia )
  - d) Infeksi Saluran Pernapasan berhubungan dengan pemakaian Ventilator ( VAP )
  - e) Infeksi Aliran Darah Primer ( IADP )
  - f) Penggunaan antimikroba
  - g) Pola mikroorganisme



- h) Plebitis
- i) Dekubitus
- j) MRSA, Hepatitis
- k) Luka tusuk jarum

## DAFTAR PUSTAKA

- Fanisa (2020) "Upaya Perawat Dalam Memutus Rantai Infeksi Untuk Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit," *Jurnal Keperawatan*.
- Hertina, Y. N., Lestari, E. S. dan Hapsari, R. (2019) "Pengaruh Cuci Tangan Terhadap Penurunan Jumlah Bakteri Pada Hospital Personnel Di Rs Nasional Diponegoro," *Diponegoro Medical Journal*.
- Ibrahim, H. (2019) "Pengendalian Infeksi Nosokomial dengan Kewaspadaan Umum di Rumah Sakit", *Journal of Chemical Information and Modeling*.
- Ketut hendra yanti dewi ( 2017 ) . *pengaruh coaching keperawatan terhadap kepatuhan perawat melakukan cuci tangan*.JPKN Vol.
- Kemenkes RI. (2017). *Peraturan menteri kesehatan RI nomor 27 tahun 2017 tentang pedoman pencegahan dan pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan*. Jakarta : Kementerian kesehatan RI.
- Menkes (2017) "*Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*."
- Nasution, L. H. (2013) "*Infeksi Nosokomial*," Problematika dan Pengendalian.
- Shely S. R.N ., (2017).*gambaran pelaksanaan kegiatan kebersihan t*
- Fanisa (2020) "Upaya Perawat Dalam Memutus Rantai Infeksi Untuk Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit," *Jurnal Keperawatan*.
- Sihombing, L. A. (2020) "Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit.
- Valentina,T ( 2020), "*Resiko Penularan Penyakit Akibat Kerja Perawat Dan CaraPencegahannya*,"vol.1.
- Wahyuningsih, D. S. dan Ekawati, E. R. (2021) "Deteksi Cemarkan Bakteri Penyebab Infeksi Nosokomial pada Membran Stetoskop.

## BIODATA PENULIS



**Femmy Keintjem, S.SiT, S.Pd, MPH** lahir di Tomohon, pada 9 Februari 1962. Menyelesaikan pendidikan S1 di Universitas Negeri Manado, dan S2 di Universitas Gajah Mada, minat Promosi Kesehatan. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Manado Jurusan Keperawatan.

# BAB 11

## Prinsip – Prinsip Sterilisasi dan Desinfektan

\*I Ketut Harapan, S.SiT, M.Kes\*

### A. Pengertian Sterilisasi

Sterilisasi adalah suatu cara untuk membebaskan sesuatu (alat, bahan, media, dan lain-lain) dari mikroorganisme yang tidak diharapkan kehadirannya baik yang patogen maupun yang a patogen. Atau bisa juga dikatakan sebagai proses untuk membebaskan suatu benda dari semua mikroorganisme, baik bentuk vegetative maupun bentuk spora (Jan Tambayong, 2020).

Proses sterilisasi dipergunakan pada bidang mikrobiologi untuk mencegah pencernaan organisme luar, pada bidang bedah untuk mempertahankan keadaan aseptis, pada pembuatan makanan dan obat-obatan untuk menjamin keamanan terhadap pencemaran oleh mikroorganisme dan di dalam bidang-bidang lain pun sterilisasi ini juga penting.

Sterilisasi banyak dilakukan di rumah sakit melalui proses fisik maupun kimiawi. Sterilisasi juga dikatakan sebagai tindakan untuk membunuh kuman patogen atau kuman apatogen beserta spora yang terdapat pada alat perawatan atau kedokteran dengan cara merebus, stoom, menggunakan panas tinggi, atau bahkan kimia. Jenis sterilisasi antara lain sterilisasi cepat, sterilisasi panas kering, steralisasi gas (Formalin H<sub>2</sub> O<sub>2</sub>), dan radiasi ionnisasi (Karsinah, H.M.2022)

### B. Pengertian Desinfektan

Desinfeksi adalah membunuh mikroorganisme penyebab penyakit dengan bahan kimia atau secara fisik, hal ini dapat mengurangi kemungkinan terjadi infeksi dengan jalan membunuh mikroorganisme patogen. Desinfektan yang tidak

berbahaya bagi permukaan tubuh dapat digunakan dan bahan ini dinamakan antiseptik. Antiseptik adalah zat yang dapat menghambat atau menghancurkan mikroorganisme pada jaringan hidup, sedang desinfeksi digunakan pada benda mati. Desinfektan dapat pula digunakan sebagai antiseptik atau sebaliknya tergantung dari toksisitasnya.

Sebelum dilakukan desinfeksi, penting untuk membersihkan alat-alat tersebut dari debris organik dan bahan-bahan berminyak karena dapat menghambat proses disinfeksi.

Desinfektan dapat membunuh mikroorganisme patogen pada benda mati. Desinfektan dibedakan menurut kemampuannya membunuh beberapa kelompok mikroorganisme, desinfektan "tingkat tinggi" dapat membunuh virus seperti virus influenza dan herpes, tetapi tidak dapat membunuh virus polio, hepatitis B atau M. tuberculosis (Marnie C, Peters MDJ. 2020).

Untuk mendesinfeksi permukaan dapat dipakai salah satu dari tiga desinfektan seperti iodophor, derivat fenol atau sodium hipokrit. Untuk mendesinfeksi permukaan, umumnya dapat dipakai satu dari tiga desinfektan diatas. Tiap desinfektan tersebut memiliki efektifitas "tingkat menengah" bila permukaan tersebut dibiarkan basah untuk waktu 10 menit (A. Aziz. 2006).

### **C. Tujuan Sterilisasi dan Desinfektan**

Adapun tujuan dari sterilisasi dan desinfeksi tersebut adalah

1. Mencegah terjadinya infeksi
2. Mencegah makanan menjadi rusak
3. Mencegah kontaminasi mikroorganisme dalam industri
4. Mencegah kontaminasi terhadap bahan- bahan yg dipakai dalam melakukan biakan murni.

### **D. Prinsip - Prinsip Sterilisasi**

Pada prinsipnya sterilisasi dapat dilakukan dengan 3 cara yaitu secara mekanik, fisik dan kimiawi: (Adeberg . 1986),

1. Sterilisasi secara mekanik (filtrasi)  
Menggunakan suatu saringan yang berpori sangat kecil (0.22 mikron atau 0.45 mikron) sehingga mikroba tertahan pada

saringan tersebut. Proses ini ditujukan untuk sterilisasi bahan yang peka panas, misalnya larutan enzim dan antibiotik

## 2. Sterilisasi secara fisik

### a) Pemanasan

#### 1) Pemijaran (dengan api langsung)

Membakar alat pada api secara langsung, contoh alat : jarum inokulum, pinset, batang L, dll. 100 % efektif namun terbatas penggunaannya.

#### 2) Panas Kering

Sterilisasi dengan oven kira-kira 60-180°C. Sterilisasi panas kering cocok untuk alat yang terbuat dari kaca misalnya erlenmeyer, tabung reaksi dll. Waktu relatif lama sekitar 1-2 jam. Kesteriln tergantung dengan waktu dan suhu yang digunakan, apabila waktu dan suhu tidak sesuai dengan ketentuan maka sterilisasi pun tidak akan bisa dicapai secara sempurna.

#### 3) Uap air panas

Konsep ini mirip dengan mengukus. Bahan yang mengandung air lebih tepat menggunakan metode ini supaya tidak terjadi dehidrasi. Teknik disinfeksi termurah. Waktu 15 menit setelah air mendidih. Beberapa bakteri tidak terbunuh dengan teknik ini: *Clostridium perfringens* dan *Cl. Botulinum*

#### 4) Uap air panas bertekanan

Menggunakan autoklaf menggunakan suhu 121°C dan tekanan 15 lbs, apabila sedang bekerja maka akan terjadi koagulasi. Untuk mengetahui autoklaf berfungsi dengan baik digunakan *Bacillus stearothermophilus*. Bila media yang telah distrerilkan diinkubasi selama 7 hari berturut-turut apabila selama 7 hari: Media keruh maka otoklaf rusak, Media jernih maka otoklaf baik, kesterilannya, Keterkaitan antara suhu dan tekanan dalam autoklaf

#### 5) *Pasteurisasi*

Pertama dilakukan oleh Pasteur, Digunakan pada sterilisasi susu. Membunuh kuman: tbc, brucella,

Streptokokus, Staphilokokus, Salmonella, Shigella dan difteri (kuman yang berasal dari sapi/pemerah) dengan Suhu 65 C/ 30 menit.

b) Penyinaran dengan Sinar UV

Sinar Ultra Violet juga dapat digunakan untuk proses sterilisasi, misalnya untuk membunuh mikroba yang menempel pada permukaan interior Safety Cabinet dengan disinari lampu UV Sterilisasi secara kimiawi biasanya menggunakan senyawa desinfektan antara lain alkohol. Beberapa kelebihan sterilisasi dengan cara ini:

- 1) Memiliki daya antimikrobia sangat kuat
  - 2) Panjang gelombang: 220-290 nm paling efektif 253,7 nm
  - 3) penetrasi lemah.
3. Sterilisasi dengan Cara Kimia

Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada disinfeksi kimia yaitu:

- a) Rongga (space)
- b) Sebaiknya bersifat membunuh (germicide)
- c) Waktu (lamanya) disinfeksi harus tepat
- d) Pengenceran harus sesuai dengan anjuran
- e) Solusi yang biasa dipakai untuk membunuh spora kuman biasanya bersifat sangat mudah menguap
- f) Sebaiknya menyediakan hand lotion merawat tangan setelah berkontak dengan disinfektan (DepKes RI.2009)

## E. Prinsip - Prinsip Desinfektan

Sebelum dilakukan disinfeksi, penting untuk membersihkan alat-alat tersebut dari debris organik dan bahan-bahan berminyak karena dapat menghambat proses disinfeksi. Muvianto CMO, Yuniarto K. (2020)

Prinsip - Prinsip disinfektan yang digunakan :

1. *Alkohol*

Etil alkohol atau propil alkohol pada air digunakan untuk mendesinfeksi kulit. Alkohol yang dicampur dengan aldehid digunakan dalam bidang kedokteran gigi untuk

mendesinfeksi permukaan, namun ADA tidak menganjurkan pemakaian alkohol untuk mendesinfeksi permukaan oleh karena cepat menguap tanpa meninggalkan efek sisa.

2. *Aldehida*

Glutaraldehid merupakan salah satu desinfektan yang populer pada kedokteran gigi, baik tunggal maupun dalam bentuk kombinasi. Aldehid merupakan desinfektan yang kuat. Glutaraldehid 2% dapat dipakai untuk mendesinfeksi alat-alat yang tidak dapat disterilkan, diulas dengan kasa steril kemudian diulas kembali dengan kasa steril yang dibasahi dengan akuades, karena glutaraldehid yang tersisa pada instrumen dapat mengiritasi kulit/mukosa, operator harus memakai masker, kacamata pelindung dan sarung tangan heavy duty. Larutan glutaraldehid 2% efektif terhadap bakteri vegetatif seperti *M. tuberculosis*, fungi, dan virus akan mati dalam waktu 10-20 menit, sedang spora baru akan mati setelah 10 jam.

3. *Biguanid*

Klorheksidin merupakan contoh dari biguanid yang digunakan secara luas dalam bidang kedokteran gigi sebagai antiseptik dan kontrol plak, misalnya 0,4% larutan pada detergen digunakan pada surgical scrub (Hibiscrub), 0,2% klorheksidin glukonat pada larutan air digunakan sebagai bahan antiplak (Corsodyl) dan pada konsentrasi lebih tinggi 2% digunakan sebagai desinfeksi geligi tiruan. Zat ini sangat aktif terhadap bakteri Gram (+) maupun Gram (-). Efektivitasnya pada rongga mulut terutama disebabkan oleh absorpsinya pada hidroksiapatit dan salivary mucus.

4. *Senyawa halogen*.

Hipoklorit dan povidon-iodin adalah zat oksidasi dan melepaskan ion halide. Walaupun murah dan efektif, zat ini dapat menyebabkan karat pada logam dan cepat dinaktifkan oleh bahan organik (misalnya Chlorox, Domestos, dan Betadine).



5. *Fenol*

Larutan jernih, tidak mengiritasi kulit dan dapat digunakan untuk membersihkan alat yang terkontaminasi oleh karena tidak dapat dirusak oleh zat organik. Zat ini bersifat virusidal dan sporosidal yang lemah. Namun karena sebagian besar bakteri dapat dibunuh oleh zat ini, banyak digunakan di rumah sakit dan laboratorium.

6. *Klorsilenol*

Klorsilenol merupakan larutan yang tidak mengiritasi dan banyak digunakan sebagai antiseptik, aktifitasnya rendah terhadap banyak bakteri dan penggunaannya terbatas sebagai desinfektan (misalnya Dettol) (Marnie C, Peters MDJ. (2020).

**F. Perbedaan Sterilisasi dan Desinfektan**

1. Sterilisasi adalah suatu cara untuk membebaskan sesuatu (alat, bahan, media, dan lain-lain) dari mikroorganisme yang tidak diharapkan kehadirannya baik yang patogen maupun yang a patogen. Atau bisa juga dikatakan sebagai proses untuk membebaskan suatu benda dari semua mikroorganisme, baik bentuk vegetative maupun bentuk spora.
2. Sedangkan desinfeksi adalah, membunuh mikroorganisme penyebab penyakit dengan bahan kimia atau secara fisik, hal ini dapat mengurangi kemungkinan terjadi infeksi dengan jalan membunuh mikroorganisme patogen.
3. Dari kedua pengertian di atas bisa kita simpulkan, jika sterilisasi dan desinfeksi memiliki perbedaan yang khas, walaupun tetap memiliki tujuan yang sama. Namun sterilisasi memiliki guna yang lebih besar, dan desinfeksi secara khusus membunuh kuman penyebab penyakit. Muvianto CMO, Yuniarto K. (2020)

## DAFTAR PUSTAKA

- Jan Tambayong, 2020, Mikrobiologi Untuk Keperawatan, Jakarta, Widya
- Karsinah, H.M, Lucky, Suharto, dan H.W, Mardiasuti. 2022. Buku Ajar Mikrobiologi Kedokteran. Binarupa Aksara, Jakarta
- Jawetz, J. Melnick, EA, Adeberg (1986), Mikrobiologi Untuk Profesi Kesehatan, EGC, Jakarta.
- Alimul hidayat, A. Aziz. (2006). Pengantar kebutuhan dasar manusia : aplikasi konsep dan proses keperawatan. Jakarta : Salemba Medika
- Marnie C, Peters MDJ. (2020). Covid-19: Cleaning and Disinfection of Hospital Surfaces and Equipment. Australian : Australian Nursing & Midwifery Federation
- Departemen Kesehatan RI (DepKes RI). (2009). Pedoman Instalasi Pusat Sterilisasi (Central Sterile Supply department/CSSD) di Rumah Sakit. Jakarta: Departemen Kesehatan RepublikIndonesia
- Muvianto CMO, Yuniarto K. (2020). Pemanfaatan UV Chamber Sebagai Disinfektan Alat pelindung Diri Untuk Pencegahan Penyebaran Virus Corona. Jurnal Abdi Insani Universitas Mataram. Vol 7. No 1:87-92

## BIODATA PENULIS



**I Ketut Harapan, S.SiT, M.Kes;** lahir di Desa Werdhi Agung, Kabupaten Bolaang Mongondow tanggal 14 November 1974. Pendidikan SPRG Depkes Manado pada tahun 1991, pendidikan Diploma III AKG Yogyakarta tahun 2001, pendidikan Diploma IV Perawat Gigi Pendidik di UGM tahun 2002 dan pendidikan Pasca Sardjana UGM Yogyakarta dengan minat Kebijakan Manajemen Pembiayaan Asuransi Kesehatan (KPMAS) tahun 2007. Diangkat sebagai Dosen tetap di Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Manado. Bidang penelitian diantaranya penelitian tentang Analisis Investasi Pengembangan Poliklinik Gigi Di Gadjah Mada Center UGM Yogyakarta, Hubungan Status Kebersihan Mulut Dengan Kejadian Gingivitis Pada Ibu Hamil di Puskesmas Teling Kota Manado, dan lainnya.

# BAB 12

## Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dalam Sistem Pasien Safety

*\*Yanni Karundeng, SKM. M.Kes.\**

### A. Pendahuluan

Perawat sebagai tenaga kesehatan profesional dan merupakan tenaga kesehatan terbesar di setiap sarana pelayanan kesehatan termasuk Rumah Sakit memiliki peranan sangat penting dalam mewujudkan keselamatan pasien. Perawat berperan dalam melindungi, melakukan promosi kesehatan dan mencegah terjadinya sakit dan injuri, mengurangi penderitaan melalui diagnose dan pengobatan, serta melindungi pasien secara individu, keluarga, komunitas atau populasi.

Perawat mempunyai peranan yang sangat penting dalam mewujudkan pasien safety di rumah sakit yaitu sebagai pemberi pelayanan keperawatan, perawat harus mematuhi semua standar pelayanan dan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang telah ditetapkan oleh rumah sakit, serta menerapkan prinsip-prinsip etik dalam pemberian pelayanan keperawatan, termasuk mencegah perundungan (Bullying), memberikan Pendidikan kepada pasien dan keluarga tentang asuhan yang diberikan, menerapkan kerjasama tim kesehatan yang handal dalam melakukan penyelesaian masalah terhadap kejadian yang tidak diharapkan (KTD), melakukan dokumentasi asuhan dengan benar dari semua layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga, serta komunikasi efektif dan terapeutik sebagai unsur-unsur

penentu keberhasilan suatu pelayanan bagi pasien dan keluarganya (Simamora, 2018).

## **B. Konsep Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)**

Kejadian Tidak Diharapkan (Adverse event) yaitu insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Cedera dapat diakibatkan oleh kesalahan medis atau bukan kesalahan medis (Najihah, 2018)

Secara garis besar KTD di Rumah sakit dibagi menjadi 2 kelompok yaitu :

### **1. Insiden keselamatan dan keamanan (IKK)**

IKK adalah insiden/ kejadian tak terduga yang dapat mengakibatkan cedera atau penyakit serius dapat menyebabkan kesusahan property yang berkaitan dengan keselamatan dan keamanan di tempat kerja.

Kriteria umum yang termasuk dalam IKK yaitu :

- a. Insiden tidak hanya terjadi pada pasien, tetapi pada SDM rumah sakit, pendamping pasien, atau pengunjung.
- b. Korbannya tidak hanya pasien saja, tapi terjadi pada SDM, pendamping pasien atau pengunjung.
- c. Ada SOP yang dilanggar (tindakan yang tidak aman/ unsafe action).
- d. Cedera bukan karena factor kondisi pasien tapi dari provider.

Jenis- jenis IKK diantaranya :

- a. Alam : tersambar petir
- b. Gangguan binatang liar : ular, lebah, dsb.
- c. Teknologi :
  - 1) Computer eror : data hilang
  - 2) Arus pendek listrik
  - 3) AC terbakar
  - 4) Server internet down/ mati : gangguan system
  - 5) Gas medis bocor
  - 6) Panel listrik terbakar

- 7) Alat medis terbakar dan meledak
  - 8) Terjebak lift.
- d. Fisik
- 1) Terjepit alat : mesin, pintu, lift. Dsb.
  - 2) Tersayat/ tertusuk/ terpotong : benda tajam
  - 3) Tertusuk jarum
  - 4) Tersengat listrik, hubungan arus pendek, kebakaran. Dsb.
  - 5) Tertimpah barang/ benda dari atas.
  - 6) Terpeleset, terjatuh dari tempat tidur, brankard, dll.
  - 7) Tersandung lantai berlubang
  - 8) Kebisingan tinggi/ diatas ambang batas
  - 9) Terpapar debu padat/ asap
  - 10) Kenaikan suhu di tempat kerja
- e. Manusia
- 1) Pencurian
  - 2) Kekerasan fisik dan mental
  - 3) Ancaman
  - 4) Pengrusakan asset
- f. Kimia
- 1) Terpapar bahan berbahaya
  - 2) Tumpukan bahan kimia
  - 3) limbah tanpa label
  - 4) Terpapar bau asing/ polusi udara
  - 5) Pengelolaan sampah medis yang jelek

Mekanisme pelaporan IKK adalah sebagai berikut:

- a. Karyawan / kepala unit / kepala ruangan / kepala instalasi terkait, dapat melapor kepada petugas K3 dengan menggunakan formulir IKK.
  - b. Dilaporkan paling lambat 24 jam setelah kejadian
  - c. Komite K3 Rumah Sakit melakukan investigasi IKK, yang dilaporkan, dan memberikan rekaman dari tindak lanjut kepada instalasi / unit serta manajemen terkait.
2. Insiden keselamatan pasien (IKP)
- Keselamatan pasien di rumah sakit adalah sistem pelayanan yang memberikan asuhan pasien menjadi lebih

aman dalam mengukur resiko, identifikasi dan pengolahan resiko terhadap Analisa insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden serta menerapkan solusi untuk mengurangi resiko. IKP adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien.

Berikut ini 7 langkah keselamatan pasien dalam penyelenggaraan keselamatan pasien :

- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
- b. Memimpin dan mendukung staf
- c. Mengintegrasikan aktifitas pengelolaan resiko
- d. Mengembangkan sistem pelaporan.
- e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
- g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

Penyebab utama kejadian tidak diharapkan, dalam keselamatan pasien yaitu :

Perilaku perawat yang kurang komunikasi, perhatian, kecerobohan, tidak teliti, tidak peduli dalam menjaga keselamatan pasien menyebabkan terjadinya kesalahan yang mengakibatkan cedera pada pasien berupa, Kejadian Nyaris Cedera (KNC) atau Kejadian Tidak Diharapkan ( adverse event ).

Beberapa contoh KTD yang tidak dapat dicegah (unpreventable) adalah sebagai berikut :

- a. Anestesi
  - 1) Pasang infus hematoma, phlebitis
  - 2) Reaksi transfuse : alergi, demam
  - 3) Pasang ET terjadi patah gigi, trauma jalan napas, cardia arrest.
  - 4) Ventilator terjadi UAP, baretrauma, atelectasis.
  - 5) CVC terjadi: false ronta, pneumo thorax, perdarahan, cardia arrest.

- 6) Sedasi terjadi alergi : hipotensi, bradycardia, cardia arrest.
  - 7) Arteri line terjadi perdarahan, hematoma, phlebitis.
  - 8) PDT terjadi trauma jalan napas, perdarahan, infeksi, apnoe, vegal reflex.
- b. Kardiologi
- 1) Fraktur tulang iga saat rujuk
  - 2) Trauma post defibrillator
  - 3) Stroke post defibrillator
  - 4) Hematuria post heparinisasi
- c. Interna
- 1) Pemberian anti platelet terjadi perdarahan .
  - 2) Fungsi asites syok hipovolemik.
  - 3) Hipo glikemia karena insulin
  - 4) Hipotensi → anti hipertensi injeksi/ oral
  - 5) Reaksi transfuse
  - 6) Pungsi efusi pleura : perdarahan, pneumo thorax
  - 7) Kateter → ISK
  - 8) Dekubitus
  - 9) Oedema → terapi cairan.
- d. Neurologi
- 1) Obat anti platelet (koagulasi) → mengakibatkan hematomesis dan melena
  - 2) Lumbal puretie, mengakibatkan herniasi, infeksi
  - 3) Obat anti convulsi : memberi efek samping depresi pernapasan, hipotensi.
- e. Bayi dan anak
- 1) Pasang CVC, bisa terjadi, perdarahan, hematom, salah masuk arteri, compairtemen syndrome.
  - 2) Vena sectie : bisa terjadi perdarahan.
  - 3) Transfusi: bisa terjadi alergi, demam anafilaksik syok
  - 4) Intubasi: bisa terjadi vegal reflek, bradikardi perdarahan, salah masuk faring
  - 5) Lumbal punctie : herniasi, trauma saraf perdarahan
  - 6) RJP : Fraktur sternum, hematom



f. Keperawatan

- 1) Melakukan oral hygiene : resiko aspirasi cairan ke lambung/ jalan napas
- 2) Tirah baring : luka baring / decubitus
- 3) Restraining : resiko luka lecet
- 4) Konsumsi jantung : resiko fraktur tulang iga.
- 5) Memberi injeksi : reaksi syok anafilaksis.

Beberapa contoh KTD yang dapat di cegah/ tidak seharusnya terjadi (prevention table) adalah sebagai berikut :

- a. LOS Panjang lebih dari 9 hari.
- b. Kejadian decubitus
- c. Pasien jatuh
- d. Kejadian operasi salah sisi
- e. Kejadian salah orang/ pasien
- f. Kejadian salah tindakan operasi
- g. Kejadian benda asing (corpus alienum), tertinggal di bagian tertentu tubuh pasien operasi.
- h. Komplikasi anestesi karena salah/ over dosis dan salah penempatan endotracheal tube.

Pelaporan insiden KTD

Banyak metode yang digunakan untuk mengidentifikasi resiko, salah satu caranya adalah dengan mengembangkan sistem pelaporan dan sistem analisis. Dapat dipastikan bahwa sistem pelaporan akan mengajak semua orang dalam organisasi untuk peduli akan bahaya/ potensi bahaya yang dapat terjadi bagi pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya error sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukan investigasi selanjutnya.

- a. Mengapa pelaporan insiden penting ?  
Karena pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama dapat terulang lagi.
- b. Bagaimana menilainya ?  
Di buat suatu sistem pelaporan insiden di rumah sakit meliputi kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan,

dan prosedur pelaporanyang harus disosialisasikan pada seluruh karyawan.

- c. Apa yang harus dilaporkan ?  
Insiden yang dilaporkan adalah kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi atau nyaris terjadi
- d. Siapa yang membuat laporan insiden ?  
Siapa saja atau semua staf rumah sakit yang pertama menemukan kejadian. Siapa saja atau semua staf yang terlibat dalam kejadian.  
Masalah yang dihadapi dalam laporan insiden :
  - a. Laporan di persepsikan sebagai “pekerjaan perawat”
  - b. Laporan sering di sembunyikan (underreport) karena takut disalahkan.
  - c. Laporan sering terlambat
  - d. Bentuk laporan miskin data karena adanya budaya “blame culture” (kecenderungan organisasi tidak terbuka bagi publik karena takut di kritik)Bagaimana cara membuat laporan insiden (incident report) ?
  - a. Karyawan diberikan pelatihan mengenai sistem pelaporan insiden mulai dari maksud tujuan dan manfaat laporan, alur laporan, bagaimana cara mengisi, dan laporan insiden dilaporkan ke Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS).
  - b. Tim KPRS akan menganalisa kembali hasil investigasi dan laporan insiden untuk menentukan apakah perlu diadakan investigasi lanjutan dengan melakukan regrading (penilaian ulang)
  - c. Untuk grade kuning/ merah, Tim KPRS akan melakukan Analisa akar masalah / Root Cause analysis (RCA).
  - d. Setelah melakukan RCA, Tim KPRS akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta pembelajaran berupa petunjuk/ “safety alert” untuk mencegahkejadian yang sama terulang kembali.
  - e. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja, dilaporkan kepada pimpinan.

- f. Rekomendasi untuk perbaikan dan pembelajaran diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait.
- g. Unit kerjamembuat analisi dan trend kejadian di satuan kerjanya masing- masing.
- h. Monitoring dan evaluasi (Monev) perbaikan oleh Tim KPRS.

Alur pelaporan insiden ke KKPRS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit)/ eksternal :

- a. Laporan hasil investigasi sederhana/ analisis akar masalah/ RCA yang terjadi pada pasien dilaporkan oleh Tim KPRS (internal) Pimpinan Rumah Sakit ke KKPRS dengan mengisi formulir laporan insiden keselamatan pasien.
- b. Laporan di tujukan ke KKPRS dengan alamat : Sekretariat KKP-RS d/a. Kantor PERSI Jalan Boulevard Artha Gading Blok A.7A No.28 Kelapa Gading Jakarta Utara 14240. Telepon (021) 45845303/ 304.

## DAFTAR PUSTAKA

- Andi M, dkk. (2020). Faktor yang Berhubungan dengan Upaya Pencegahan Risiko Jatuh oleh Perawat dalam Patient Safety di Ruangan Perawatan Anak Rumah Sakit Bhayangkara Makassar. *Jurnal Medika Utama*, 1(2)
- Heriyati, dkk. (2019). Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit Umum Daerah Majene. *Jurnal Kesehatan*, 2 (3), 194-205
- Ismainar, H. (2019). *Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*. Yogyakarta : Deepublish.
- Najihah. (2018). Budaya Keselamatan Pasien dan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit: Literature Review. *Journal Of Islamic Nursing*. 3 (1), 1-4.
- Neri, R., A., Lestari, Y., & Yetty, H. (2018). Analisis Sasaran Pelaksanaan Keselamatan Pasien di Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Padang Pariaman. *Jurnal Kesehatan Andalas*. 7 (4), 48-50.
- Putri, S., Santoso, S., & Rahayu, E. P. (2018). Pelaksanaan Keselamatan Pasien dan Kesehatan Kerja terhadap Kejadian Kecelakaan Kerja Perawat Rumah Sakit. *Jurnal Endurance: Kajian Ilmiah Problema Kesehatan*, 3(2), 271-277
- Simamora, R. H. (2018). *Buku Ajar Keselamatan Pasien Melalui Timbang Terima Pasien Berbasis Komunikasi Efektif: SBAR*.
- Simamora, R.H. (2019). *Buku Ajar : Pelaksanaan Identifikasi Pasien*. Ponorogo, Jawa Timur: Uwais Inspirasi Indonesia.
- 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* , 1884-1886.
- Yasmi, Y., & Thabrany, H. (2018). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Karya Bhakti Pratiwi Bogor Tahun 2015. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*. 4 (2), 99-103.

## BIODATA PENULIS



**Yanni Karundeng, SKM, M.Kes.** lahir di Ternate, pada 30 Mei 1962. Menyelesaikan pendidikan Diploma III di Akademi Keperawatan Dep.Kes. Semarang, S1 PS. Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Sam ratulangi Dan S2 Pasca Sarjana Universitas Sam ratulangi. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Manado.

## BAB 13

# Kolaborasi Multidisipliner untuk Keselamatan Pasien

\*Tri Ayu Yuniyanti, S. Kep., Ns., M. Kep\*

### A. Pendahuluan

Salah satu isu global dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit yang mendapatkan perhatian khusus adalah keselamatan pasien. Isu ini masih terus berkembang karena meningkatnya angka kematian setiap tahun. Penyebab semakin meningkatnya angka kematian dalam keselamatan pasien antara lain kesalahan medis, komunikasi dan kolaborasi yang tidak efektif, resiko pasien jatuh karena peralatan medis yang tidak memadai (Keumalasari et al., 2021).

Upaya untuk meningkatkan keselamatan pasien tidak hanya dengan menerapkan protokol standar, dan pengelolaan obat yang aman, namun diperlukannya komunikasi dan koordinasi yang baik serta kolaborasi yang efektif dari multidisipliner (Keumalasari et al., 2021). Kolaborasi multidisipliner merupakan wadah kerjasama yang baik untuk meningkatkan pelayanan kesehatan kepada pasien dimana didalamnya terdapat berbagai profesi tenaga kesehatan yang saling bekerjasama meliputi dokter, perawat, farmasi, ahli gizi, dan fisioterapi (Patima, 2022).

### B. Konsep Kolaborasi Multidisipliner untuk Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien telah menjadi prioritas dalam pelayanan kesehatan sejak tahun 1980an, merupakan salah satu upaya untuk menghindari kesalahan dalam pelayanan dimana pelaksanaannya tergantung pada lingkungan dan budaya organisasi untuk memfasilitasi pelayanan kesehatan yang aman,

meminimalisir timbulnya resiko dan mencegah cedera (Hennus et al., 2021; Keumalasari et al., 2021). Jika keselamatan pasien diterapkan dengan baik maka masyarakat akan mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas (Akbar, 2021).

Keselamatan pasien merupakan sebuah sistem yang meliputi, asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya (Keumalasari et al., 2021). Keselamatan pasien adalah upaya untuk menurunkan angka kejadian tidak di harapkan yang sering terjadi pada pasien selama di rawat di rumah sakit, dapat disebabkan oleh berbagai faktor seperti beban kerja perawat yang tinggi, alur komunikasi yang tidak efektif, dan penggunaan sarana kurang tepat (Haritsa & Haskas, 2021). Keselamatan pasien merupakan salah satu prioritas yang harus dilaksanakan oleh rumah sakit, selain karena berkaitan dengan perlindungan terhadap pasien dari kejadian yang tidak diinginkan, hal ini juga berkaitan dengan citra rumah sakit itu sendiri (Rezeki et al., 2022).

Penerapan keselamatan menurut Haritsa & Haskas (2021) bertujuan agar layanan yang diberikan menjadi lebih aman mencakup:

1. Identifikasi Pasien

Menerapkan penggunaan gelang identitas yang disesuaikan dengan kondisi klien yang terdiri dari gelang warna pink (perempuan), gelang warna biru (laki-laki), gelang warna merah (pasien yang memiliki riwayat alergi), gelang warna ungu (pasien yang tidak boleh di resusitasi), dan gelang warna kuning (pasien resiko jatuh). Pada gelang identitas tercantum nama, umur, nomor rekam medik serta tanggal lahir pasien. Gelang dipasang ketika pasien pertama kali masuk rumah sakit. Pengecekan identitas dilakukan sebelum dilakukan tindakan invasif, pemberian obat, pengambilan darah dan pemberian transfusi darah. Pelepasan atau pergantian gelang identitas dilakukan bila gelang rusak, bila tulisan atau tinta identitas sudah tidak

jelas terbaca, pasien yang diijinkan pulang atau bila meninggal.

2. Komunikasi Efektif

Komunikasi efektif dilakukan dengan jelas, lengkap, akurat, tepat waktu dan mudah dipahami. Komunikasi dapat dilakukan secara langsung maupun tidak langsung dengan menggunakan teknik SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) dan TBAK (Tulis, Baca, Konfirmasi).

3. Keamanan Obat

Rumah sakit perlu mengembangkan kebijakan keamanan obat, khususnya obat-obat yang perlu diwaspadai (High alert medication). High alert medication adalah sejumlah obat-obatan yang memiliki resiko tinggi yang berbahaya jika digunakan secara tidak tepat, meliputi elektrolit pekat, narkotika, sitostatika dan lain-lain sehingga memerlukan panduan penanganan. Obat-obat tersebut harus disimpan terpisah, akses terbatas, di beri label yang jelas, disertai instruksi lisan bahwa hanya digunakan dalam keadaan emergensi.

4. Ketepatan Lokasi, Tepat Prosedur, dan Tepat Pasien operasi

Rumah sakit harus menerapkan lembar penandaan (lembar cek list) yang jelas dan mudah dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi. Tepat prosedur merupakan upaya untuk memastikan bahwa semua dokumentasi dan peralatan yang diperlukan telah siap sebelum pasien dibawa ke ruang operasi. Petugas memeriksa kembali kesiapan pasien seperti tanda-tanda vital, pemberian obat sebelum operasi, persiapan transfusi darah apabila dibutuhkan dan persiapan lainnya sesuai instruksi dokter. Perawat mencatat prosedur sign in, time out, dan sign out. Tepat pasien merupakan langkah identifikasi yang dilakukan ketika pasien pertama kali masuk ke ruang operasi dengan mengkonfirmasi data pasien dan jenis operasi sesuai dengan lembar cek list.

5. Pengurangan Kejadian Infeksi

Upaya untuk mengurangi kejadian infeksi adalah dengan cuci tangan efektif dan penggunaan Alat Pelindung Diri



(APD). Penerapan cuci tangan efektif dilakukan pada saat sebelum dan setelah menyentuh pasien, melakukan tindakan invasif, terkontaminasi dengan cairan tubuh pasien. APD merupakan peralatan khusus yang digunakan untuk melindungi diri dari percikan cairan tubuh yang berasal dari peralatan bekas pasien, terdiri dari masker, penutup kepala, sarung tangan, peindung wajah, dan pelindung kaki. Penggunaan APD harus sesuai indikasi dan dilepas jika tindakan telah selesai.

6. Pengurangan Resiko Jatuh

Upaya menurunkan resiko jatuh antara lain mengidentifikasi obat yang berhubungan dengan peningkatan resiko jatuh (sedatif, analgesik, anti hipertensi, diuretik, laksatif, psikotropika), menggunakan protokol dalam memindahkan pasien secara aman, lama respon staf terhadap panggilan pasien, penggunaan instrumen untuk menilai resiko jatuh, dan memperhatikan lingkungan (pencahayaan, lantai yang licin, dan kebisingan).

Menurut Keumalasari et al (2021), untuk meningkatkan keselamatan pasien tidak hanya sekedar penerapan protokol standar, namun diperlukan adanya komunikasi, koordinasi yang baik serta kolaborasi multidisipliner yang efektif.

Kolaborasi atau praktik multidisiplin merupakan kerjasama atau kemitraan dalam tim kesehatan yang melibatkan profesi kesehatan dan pasien, melalui koordinasi dan kolaborasi untuk mengambil keputusan bersama tentang masalah-masalah kesehatan yang dihadapi oleh pasien (Susilaningih et al., 2017). Kolaborasi multidisipliner melibatkan lebih satu dari tenaga kesehatan yang berbeda yang menerapkan keterampilan dan pengetahuan sesuai bidang ilmu mereka untuk mengatasi masalah kesehatan pasien. Proses kolaborasi multidipliner yang baik terjadi ketika saling menghormati antara satu profesi dan profesi (Patima, 2022).

Menurut Ita et al (2021), dampak pelaksanaan kolaborasi multidipliner antara lain:

1. Keselamatan Pasien

Praktik kolaborasi multidisipliner yang baik dapat meningkatkan keselamatan pasien. Di dalam kolaborasi ini, tercipta hubungan kerja sama yang efektif antara multidisipliner sehingga pelayanan yang diberikan lebih optimal.

2. Kepuasan Pasien

Kualitas pelayanan yang optimal akan meningkatkan kepuasan pasien. Pasien cenderung merasa puas bila multidisipliner yang terlibat dalam perawatan dan pelayanan membangun kerja sama yang baik.

3. Kualitas Pelayanan Rumah Sakit

Kolaborasi multidisipliner merupakan salah satu strategi yang efektif untuk meningkatkan kualitas dan mutu pelayanan rumah sakit.

Adapun faktor yang mempengaruhi pelaksanaan kolaborasi multidisipliner (Ita et al., 2021) antara lain:

1. Komunikasi

Komunikasi multidisipliner yang efektif merupakan salah satu aspek penting yang mendukung pelaksanaan kolaborasi. Apabila ditemukan suatu masalah pada pasien harus didiskusikan antara petugas multidisipliner di dalam tim layanan terpadu untuk merumuskan pelayanan yang akan diberikan secara bersama sama. Kartini et al (2019), komunikasi dalam tim multidisipliner dapat dilaksanakan dengan cara konsultasi langsung, rujukan internal, refleksi diskusi kasus, check back/konfirmasi ulang, serta komunikasi lewat media elektronik. Sehingga semua profesi diharapkan mampu mendengarkan secara aktif, membuka diri dan mempunyai keinginan untuk berdiskusi dengan profesi lain.

2. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan dari masing-masing multidisipliner akan mempengaruhi perilaku individu dalam menjalankan peran dan tanggung jawab saat berkolaborasi.

3. Pemahaman tentang Peran masing-masing profesi  
Pemahaman tentang peran dan tanggung jawab masing-masing profesi akan mempengaruhi kerja sama dalam tim pelayanan terpadu.

Dalam pelaksanaan kolaborasi multidispliner perlu adanya pembagian ruang lingkup peran dan tanggung jawab, saling berbagi informasi, berkoordinasi dan bekerja sama untuk memenuhi kebutuhan pasien. Untuk itu, diperlukan komitmen antar profesi dalam memberikan pelayanan kesehatan (Keumalasari et al., 2021).

## DAFTAR PUSTAKA

- Akbar. (2021). DOI: <http://dx.doi.org/10.33846/sf12309> Efektivitas Penerapan Pasien Safety Terhadap Peningkatan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Akbar Nur. 12, 265–268.
- Haritsa, A. isti, & Haskas, Y. (2021). Evaluasi Pelaksanaan Keselamatan Pasien (Pasien Safety) Di Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar. *JIMPK: Jurnal Ilmiah Mahasiswa & Penelitian Keperawatan*, 1(1), 59–66. <https://doi.org/10.35892/jimpk.v1i1.495>
- Hennus, M. P., Young, J. Q., Hennessy, M., Friedman, K. A., De Vries, B., Hoff, R. G., O'Connor, E., Patterson, A., Curley, G., Thakker, K., Van Dam, M., Van Dijk, D., Van Klei, W. A., & Ten Cate, O. (2021). Supervision, Interprofessional Collaboration, and Patient Safety in Intensive Care Units during the COVID-19 Pandemic. *ATS Scholar*, 2(3), 397–414. <https://doi.org/10.34197/ats-scholar.2020-0165OC>
- Ita, K., Pramana, Y., & Rigbo, A. (2021). Implementasi interprofessional collaboration antar tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit Indonesia : Literature review. *Jurnal ProNers*, 6(1), 1–6.
- Kartini, Hadiyanta, T. H., & Astanto, H. (2019). *Modul Penerapan Interprofessional Collaborative Practice (IPCP) Pada Kegiatan Ante Natal Care (ANC) Terpadu Di Puskesmas*. 1–17. [www.tcpdf.org](http://www.tcpdf.org)
- Keumalasari, K., Yetti, K., & Hariyati, R. T. S. (2021). Penerapan Model Kolaborasi Interprofesional dalam Upaya Meningkatkan Keselamatan Pasien: a Systematic Review. *REAL in Nursing Journal*, 4(2), 65. <https://doi.org/10.32883/rnj.v4i2.1222>
- Patima. (2022). *Konsep Interprofessional Collaboration Pada Rumah Sakit di Indonesia* (Safruddin, Asri, & Irmawati (eds.); 1st ed., Issue Januari). Lembaga Penelitian dan pengabdian masyarakat Stikes Panrita Husada Bulukumba Jl.
- Rezeki, S., Girsang, E., Ginting, C. N., & Nasution, A. N. (2022). Penerapan Manajemen Pasien Safety dalam Rangka

Peningkatan Mutu Pelayanan di Rumah Sakit. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 4(2), 1021-1028.  
<https://doi.org/10.31539/joting.v4i2.4723>

Susilaningsih, F. S., Mediani, H. S., Kurniawan, T., Widiawati, M., Maryani, L., & Meharawati, . Ira. (2017). Sosialisasi Model Praktik Kolaborasi Interprofesional Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit. *Dharmakarya: Jurnal Aplikasi Ipteks Untuk Masyarakat*, 6(1), 10-13.

## BIODATA PENULIS



**Tri Ayu Yuniyanti, S. Kep., Ns., M. Kep** lahir di Ambon, 8 Juni 1979. Menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan di Poltekkes Makassar, S1 di PSIK FK Universitas Hasannuddin dan S2 di PSMIK FK Universitas Hasanuddin. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Ambon Poltekkes Kemenkes Maluku.

# BAB 14

## Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien

\*Titin Dewi Sartika Silaban, S.Tr.Keb., Bdn., M.Keb\*

### A. Pendahuluan

Keselamatan pasien merupakan kebutuhan yang paling pertama diberikan dalam melakukan pelayanan kesehatan yang ada di fasilitas kesehatan yang merupakan aspek paling penting di pelayanan kesehatan terkhususnya di rumah sakit dalam manajemen dalam rumah sakit yang berkualitas.

Keselamatan Pasien merupakan suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi assesment 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 (Permenkes, 2017).

Keselamatan yang berkualitas dalam pelayanan yang ada di fasilitas keselamatan.

### B. Konsep Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien

#### 1. Pengertian Implementasi

Implementasi menurut KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia) yaitu pelaksanaan/penerapan. Sedangkan pengertian umum adalah suatu tindakan atau pelaksana rencana yang telah disusun secara cermat dan rinci (matang).

Implementasi merupakan kebijakan publik dalam prose kegiatan administrasi yang dilakukan setelah kebijakan

ditetapkan atau disetujui. Kegiatan ini terletak di antara perumusan kebijakan dan implementasi yang dimana dilakukan evaluasi yang mengandung logika top-down, yang berarti lebih rendah (Tachjan, 2010: 25)

Prof. H. Tachjan mengartikan Implementasi sebagai kebijakan publik adalah proses kegiatan administrasi yang dilakukan setelah kebijakan ditetapkan/disetujui Kegiatan ini terletak di antara perumusan kebijakan dan Implementasi Kebijakan evaluasi kebijakan mengandung logika yang top-down, yang berarti lebih rendah/alternatif menginterpretasikan. (Implementasi berasal dari bahasa Inggris yaitu *to implement* yang berarti mengimplementasikan. Implementasi merupakan penyediaan sarana untuk melaksanakan sesuatu yang menimbulkan dampak atau akibat terhadap sesuatu. Sesuatu tersebut dilakukan untuk menimbulkan dampak atau akibat itu dapat berupa undang-undang, Peraturan Pemerintah, Keputusan Peradilan dan Kebijakan yang dibuat oleh Lembaga-Lembaga Pemerintah dalam kehidupan kenegaraan.

2. Tujuan Implementasi

Implementasi dalam sasaran keselamatan pasien bertujuan untuk menciptakan lingkungan perawatan yang aman bagi pasien, dengan mengurangi risiko terjadinya kejadian tidak diinginkan (KTD).

3. Sasaran Keselamatan Pasien Atau Biasa Disebut SKP merupakan sistem pelayanan yang wajib diberikan kepada pasien.

Keselamatan pasien sebagai suatu sistem di dalam rumah sakit sebagaimana dituangkan dalam instrumen standar akreditasi rumah sakit ini diharapkan memberikan asuhan kepada pasien dengan lebih aman dan mencegah cedera akibat melakukan atau tidak melakukan tindakan. Dalam pelaksanaannya keselamatan pasien akan banyak menggunakan prinsip dan metode manajemen risiko mulai dan identifikasi, asesmen dan pengolahan risiko. Pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien akan



meningkatkan kemampuan belajar dari insiden yang terjadi untuk mencegah terulangnya kejadian yang sama dikemudian hari (RSUD Tulungagung).

4. Tujuan sistem keselamatan pasien rumah sakit:
  - 1) Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
  - 2) Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
  - 3) Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
  - 4) Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan KTD (Kemenkes, 2022).
5. Terdapat tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit:
  - a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien (KP), menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
  - b. Memimpin dan dukung staf anda, membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di Rumah Sakit.
  - c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan resiko, mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta melakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah.
  - d. Mengembangkan system pelaporan, memastikan staf agar dgn mudah dapat melaporkan kejadian / insiden, serta Rumah Sakit mengatur pelaporan di rumah sakit.
  - e. Melibatkan dan berkomunikasi denagn pasien, mengembangkan cara-cara komunikasi yg terbuka dgn pasien.
  - f. Melakukan kegiatan belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien (KP), mendorong staf anda utk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana & mengapa kejadian itu timbul.
  - g. Mencegah cedera melalui implementasi system Keselamatan Pasien (KP), menggunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

6. Faktor yang Berkontribusi dalam Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien
  - a. Sarana prasarana
  - b. Kepatuhan petugas
  - c. Komitmen manajemen
7. Implementasi sasaran keselamatan pasien

Terdapat 6 sasaran keselamatan pasien yaitu ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan kewaspadaan pada obat-obatan *high-alert*, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, pengurangan pasien risiko pasien jatuh. implementasi sasaran keselamatan pasien di rumah sakit masih belum sepenuhnya optimal.

Faktor penyebab yang sama terkait belum optimalnya implementasi sasaran keselamatan pasien di rumah sakit sudah dilakukan namun belum optimal dan konsisten karena belum mencapai 100% terlaksana karena dipengaruhi oleh pendidikan, lama bekerja, pelatihan patient safety (Nuraeni Sihite, 2015)

Berdasarkan hasil penelitian mengenai Studi Tentang Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit dapat disimpulkan bahwa

- a) Implementasi sasaran keselamatan pasien rumah sakit dilihat dari aspek ketepatan identifikasi pasien di Rumah Sakit dalam keadaan yang baik dan sudah terealisasi.
- b) Implementasi sasaran keselamatan pasien rumah sakit dilihat dari aspek peningkatan komunikasi yang efektif berjalan dengan efektif.
- c) Implementasi sasaran keselamatan pasien rumah sakit dilihat dari aspek peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai di Rumah Sakit
- d) Implementasi sasaran keselamatan pasien rumah sakit dilihat dari aspek kepastian tepatlokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien-operasi di Rumah Sakit sudah berjalan sebagaimana mestinya.

- e) Implementasi sasaran keselamatan pasien rumah sakit dilihat dari aspek pengurangan resiko infeksi masih dikategorikan dengan pelayanan masih kurang optimal.
  - f) Implementasi sasaran keselamatan pasien rumah sakit dilihat dari aspek pengurangan pasien jatuh di Rumah Sakit sudah berjalan dengan baik (Wastuti, dkk, 2022).
- Implementasi manajemen keselamatan pasien di rumah sakit memegang peranan yang sangat penting dalam upaya mencegah atau meminimalkan terjadinya insiden keselamatan pasien yang bersifat merugikan. Komite yang berperan dalam keselamatan pasien adalah komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau ke seluruh unit kerja di rumah sakit. (Sulahyuningsih, Tamtomo dan Joebagio, 2017).
8. Tahapan Implementasi :
- 1) Komitmen Pimpinan:
    - a) Membuat pernyataan yang jelas tentang komitmen terhadap keselamatan pasien.
    - b) Mengalokasikan sumber daya yang diperlukan.
    - c) Menunjuk pemimpin keselamatan pasien.
  - 2) Analisis Risiko:
    - a) Mengidentifikasi risiko yang berpotensi terjadi di fasilitas kesehatan.
    - b) Menilai kemungkinan dan dampak dari setiap risiko.
  - 3) Penyusunan Kebijakan dan Prosedur:
    - a) Mengembangkan kebijakan dan prosedur yang jelas dan mudah dipahami.
    - b) Melibatkan seluruh pemangku kepentingan dalam proses penyusunan.
  - 4) Pelatihan:
    - a) Memberikan pelatihan yang komprehensif kepada seluruh petugas kesehatan.
    - b) Memastikan pelatihan sesuai dengan kebutuhan dan kompetensi masing-masing.

- 5) Implementasi:
  - a) Menerapkan kebijakan dan prosedur yang telah ditetapkan.
  - b) Memantau pelaksanaan secara berkala.
- 6) Monitoring dan Evaluasi:
  - a) Mengumpulkan data tentang kejadian yang terkait dengan keselamatan pasien.
  - b) Menganalisis data untuk mengidentifikasi tren dan area yang perlu perbaikan.
  - c) Melakukan evaluasi terhadap efektivitas program keselamatan pasien.
- 7) Perbaikan Berkelanjutan:
  - a) Melakukan tindakan korektif untuk mengatasi masalah yang teridentifikasi.
  - b) Menerapkan praktik terbaik yang telah terbukti efektif.
9. Tantangan implementasi sasaran keselamatan pasien dan Solusi dalam sasaran keselamatan pasien
  - a) Kurangnya kesadaran: Meningkatkan kesadaran melalui edukasi dan sosialisasi.
  - b) Beban kerja: Mengoptimalkan alur kerja, delegasi tugas, dan penggunaan teknologi.
  - c) Kurangnya sumber daya: Memprioritaskan kegiatan keselamatan pasien, mencari sumber daya tambahan, dan bekerja sama dengan pihak lain.

Implementasi sasaran keselamatan pasien adalah proses yang berkelanjutan dan membutuhkan komitmen dari semua pihak. Dengan menerapkan konsep ini, diharapkan dapat menciptakan lingkungan perawatan yang lebih aman bagi pasien dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Kementerian Kesehatan RI. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Tachjan. (2016). Implementasi kebijakan publik. Bandung: AIPI Bandung
- Nuraeni Sihite. (2015). Implementasi Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit
- Wastuti Fionitha, Suhadi, Zainuddin A. (2022). Studi Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Umum Dewi Sartika Kota Kendari Tahun 2022. *Jurnal Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan*. Vol 3. No. 1
- Sulahyuningsih E, Tamtomo D, Joebagio H. (2017). Analysis of Patient Safety Management in Committee for Quality Improvement and Patient Safety at Sumbawa Hospital, West Nusa Tenggara. *Journal of Health Policy and Management*. Vol.2 (2): 147–56.
- RSUD dr. Iskak Tulungagung.  
<https://rsud.tulungagung.go.id/inilah-6-sasaran-keselamatan-pasien-di-rumah-sakit-yang-perlu-diketahui/#:~:text=SASARAN%20Keselamatan%20Pasien%20atau%20biasa,layanan%20kesehatan%20di%20rumah%20sakit>.
- Kemenkes. (2022). Keselamatan pasien di Rumah Sakit.  
[https://yankes.kemkes.go.id/view\\_artikel/59/keselamatan-pasien-di-rumah-sakit](https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/59/keselamatan-pasien-di-rumah-sakit).

## BIODATA PENULIS



**Titin Dewi Sartika Silaban, S.Tr.Keb., Bdn., M.Keb** lahir di Sibolga Sumatera Utara, pada 01 Agustus 1993, menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di STIKES Medistra, D4 Kebidanan di STIKES Abdi Nusantara dan S2 Ilmu Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Andalas. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di jurusan kebidanan di Fakultas Ilmu Kesehatan Di Universitas Katolik Musi Charitas Palembang.

# BAB 15

## Surveilans Infeksi pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan

\*La Ode Alifariki, S.Kep,Ns.,M.Kes\*

### A. Pendahuluan

Surveilans infeksi pada fasilitas pelayanan kesehatan merupakan salah satu komponen penting dalam upaya menjaga kualitas pelayanan kesehatan dan mencegah penularan infeksi di rumah sakit atau klinik. Infeksi terkait pelayanan kesehatan (healthcare-associated infections atau HAI) dapat terjadi selama atau setelah pemberian perawatan medis, yang berpotensi membahayakan pasien dan tenaga kesehatan. Oleh karena itu, surveilans infeksi bertujuan untuk mengidentifikasi, memantau, dan menganalisis kasus-kasus infeksi yang terjadi di fasilitas kesehatan, guna mengambil langkah pencegahan yang tepat dan mengurangi risiko infeksi nosokomial.

Penerapan surveilans infeksi yang efektif memerlukan pemantauan secara rutin terhadap pasien yang mengalami infeksi, serta pengumpulan data yang akurat mengenai jenis infeksi, penyebab, dan faktor risiko yang terlibat. Dengan adanya data yang komprehensif, petugas kesehatan dapat melakukan intervensi yang lebih cepat dan tepat sasaran, seperti pemberian antibiotik yang sesuai, pengaturan isolasi pasien, atau penguatan protokol kebersihan dan sanitasi. Selain itu, surveilans ini juga berfungsi untuk mengevaluasi efektivitas kebijakan pencegahan infeksi yang sudah diterapkan di fasilitas kesehatan.

Pentingnya surveilans infeksi tidak hanya terbatas pada perlindungan pasien, tetapi juga pada perlindungan tenaga kesehatan yang rentan terpapar patogen berbahaya. Dengan

adanya sistem surveilans yang baik, fasilitas kesehatan dapat mengidentifikasi tren dan pola infeksi, sehingga dapat melakukan langkah-langkah pencegahan yang lebih baik, termasuk vaksinasi, pelatihan rutin, dan penyusunan protokol penanganan infeksi. Selain itu, surveilans infeksi juga menjadi salah satu cara untuk memastikan kepatuhan terhadap standar internasional dalam pengendalian infeksi, serta memberikan gambaran mengenai status kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

## **B. Konsep Dasar Surveilans Infeksi pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan**

### **1. Pengertian**

Surveilans infeksi adalah proses pengumpulan, analisis, interpretasi, serta pelaporan data tentang infeksi yang terjadi di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Proses ini sangat penting dalam mencegah penyebaran infeksi dan melindungi pasien dari potensi bahaya. Surveilans infeksi dapat dilakukan dengan dua pendekatan utama, yaitu surveilans aktif dan surveilans pasif.

#### **a. Surveilans Aktif**

Surveilans aktif adalah pendekatan yang lebih proaktif, di mana tim surveilans secara aktif mencari dan mencatat kasus infeksi di rumah sakit. Tim ini dapat mengidentifikasi infeksi melalui pemeriksaan fisik pasien, tinjauan catatan medis, serta uji laboratorium yang dilakukan secara rutin. Surveilans aktif memungkinkan deteksi dini terhadap infeksi yang belum terdeteksi, serta memberikan kesempatan untuk intervensi yang lebih cepat.

#### **b. Surveilans Pasif**

Berbeda dengan surveilans aktif, surveilans pasif mengandalkan laporan yang datang dari tenaga medis atau unit terkait mengenai kejadian infeksi. Data yang dikumpulkan melalui surveilans pasif



bisa lebih efisien dan ekonomis, tetapi seringkali kurang sensitif dan dapat terjadi underreporting. Oleh karena itu, surveilans pasif sering dikombinasikan dengan metode lainnya untuk meningkatkan efektivitasnya.

Kedua metode surveilans ini memiliki peran penting dalam pengendalian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan. Surveilans aktif lebih berguna untuk mengidentifikasi kasus yang tersembunyi atau kurang dilaporkan, sedangkan surveilans pasif lebih efisien dalam pengumpulan data secara rutin dan jangka panjang.

## 2. **Tujuan Surveilans Infeksi**

Tujuan utama dari surveilans infeksi adalah untuk mencegah penyebaran infeksi di fasilitas kesehatan dan meningkatkan keselamatan pasien. Beberapa tujuan khusus dari surveilans infeksi meliputi:

### a. **Mendeteksi dan Mengendalikan Penyebaran Infeksi**

Dengan adanya surveilans, fasilitas kesehatan dapat lebih cepat mendeteksi kejadian infeksi yang terjadi, mengidentifikasi sumber infeksi, serta melakukan tindakan pencegahan yang sesuai. Misalnya, apabila terdapat kasus infeksi yang disebabkan oleh patogen tertentu, pasien dapat segera dipindahkan ke ruang isolasi, dan tenaga medis dapat diberi informasi untuk meningkatkan kewaspadaan dan pengendalian infeksi.

### b. **Identifikasi Pola dan Tren Infeksi**

Surveilans infeksi membantu pihak rumah sakit untuk mengidentifikasi tren infeksi yang terjadi, seperti infeksi saluran kemih (ISK), pneumonia, atau infeksi luka operasi. Mengetahui pola-pola ini memungkinkan pengelola rumah sakit untuk

merumuskan kebijakan dan prosedur yang lebih tepat dalam upaya pencegahan.

c. **Evaluasi Program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi**

Surveilans infeksi berfungsi untuk mengevaluasi efektivitas dari program pencegahan infeksi yang sudah diterapkan, seperti protokol kebersihan tangan, pemakaian alat pelindung diri (APD), serta penggunaan antibiotik yang rasional. Dengan adanya data surveilans, rumah sakit dapat memperbaiki dan memperbarui kebijakan mereka berdasarkan temuan yang ada.

d. **Peningkatan Kesadaran dan Pendidikan Tenaga Kesehatan**

Salah satu hasil dari surveilans adalah peningkatan kesadaran di kalangan tenaga kesehatan mengenai pentingnya pengendalian infeksi. Surveilans yang berkelanjutan dapat memberikan umpan balik kepada staf medis tentang bagaimana mereka dapat meningkatkan praktik pencegahan infeksi dalam kegiatan sehari-hari mereka.

3. **Jenis-Jenis Infeksi yang dapat Didagnosis melalui Surveilans**

Surveilans infeksi dapat digunakan untuk mengidentifikasi berbagai jenis infeksi yang sering terjadi di fasilitas kesehatan. Beberapa infeksi yang umumnya dipantau melalui surveilans meliputi:

a. **Infeksi Saluran Kemih (ISK)**

ISK adalah salah satu jenis infeksi yang paling umum ditemukan di rumah sakit, terutama pada pasien yang menggunakan kateter urin. Infeksi ini sering kali terjadi ketika bakteri masuk ke dalam saluran kemih melalui kateter atau prosedur medis lainnya. Surveilans untuk ISK bertujuan untuk mengidentifikasi pasien yang berisiko

tinggi dan menerapkan langkah pencegahan seperti penggunaan kateter yang tepat serta pengawasan ketat terhadap kebersihan alat medis.

b. Infeksi Luka Operasi (ILO)

ILO adalah infeksi yang terjadi setelah prosedur bedah. Infeksi ini dapat disebabkan oleh bakteri yang masuk ke dalam luka bedah selama atau setelah operasi. Surveilans ILO sangat penting untuk memastikan bahwa prosedur sterilisasi dan teknik bedah yang digunakan sesuai dengan standar. Rumah sakit juga dapat menggunakan data surveilans untuk menganalisis tren infeksi pasca-operasi dan menentukan kebijakan pencegahan yang lebih baik.

c. Infeksi Pernafasan

Infeksi saluran pernapasan, seperti pneumonia, adalah infeksi yang umum terjadi pada pasien yang menggunakan ventilator atau memiliki gangguan sistem pernapasan. Surveilans infeksi pernapasan penting untuk memantau angka kejadian pneumonia yang terkait dengan ventilator dan menerapkan kebijakan seperti pengendalian ventilator-associated pneumonia (VAP) untuk mengurangi kejadian ini.

d. Infeksi Nosokomial Lainnya

Selain infeksi saluran kemih, luka operasi, dan pernapasan, surveilans infeksi juga dapat mengidentifikasi infeksi lain yang disebabkan oleh patogen yang ditularkan di fasilitas kesehatan, seperti infeksi darah (sepsis) atau infeksi akibat penggunaan antibiotik yang tidak tepat.

#### 4. Metode Pelaksanaan Surveilans Infeksi

##### a. Surveilans Aktif

Metode ini melibatkan pengumpulan data infeksi dengan cara memeriksa secara langsung pasien yang berisiko terinfeksi. Tim surveilans akan melakukan pemeriksaan rutin terhadap pasien, memantau hasil uji laboratorium, serta melakukan wawancara untuk mencari indikasi infeksi. Meskipun metode ini memerlukan sumber daya yang lebih banyak dan biaya yang lebih tinggi, namun memiliki keunggulan dalam mendeteksi infeksi yang tidak tercatat dalam laporan medis.

##### b. Surveilans Pasif

Surveilans pasif mengandalkan laporan yang dikirim oleh unit medis atau tenaga kesehatan terkait kejadian infeksi. Sistem pelaporan ini memerlukan kepatuhan dari seluruh staf medis dalam melaporkan kejadian infeksi yang terjadi. Keunggulan metode ini adalah lebih ekonomis dan lebih mudah dilakukan, namun risikonya adalah terjadi underreporting atau keterlambatan dalam mendeteksi infeksi.

##### c. Penggunaan Teknologi dalam Surveilans

Seiring dengan kemajuan teknologi, banyak rumah sakit mulai mengimplementasikan sistem informasi berbasis teknologi untuk mempercepat pengumpulan dan analisis data infeksi. Teknologi ini memungkinkan pemantauan secara real-time dan dapat memberikan informasi yang lebih akurat untuk pengambilan keputusan yang lebih cepat.

#### 5. Tantangan dalam Surveilans Infeksi

##### a. Keterbatasan Sumber Daya

Salah satu tantangan terbesar dalam pelaksanaan surveilans infeksi adalah keterbatasan sumber

daya, baik dari segi personel, dana, maupun teknologi. Rumah sakit yang kekurangan tenaga medis yang terlatih dan fasilitas yang memadai akan kesulitan untuk melaksanakan surveilans infeksi yang efektif.

- b. Kurangnya Kepatuhan dalam Pelaporan  
Kurangnya kepatuhan dari tenaga medis dalam melaporkan kejadian infeksi juga menjadi tantangan besar. Beberapa faktor yang memengaruhi hal ini adalah kurangnya kesadaran akan pentingnya pelaporan yang akurat, beban kerja yang tinggi, dan kurangnya pelatihan mengenai prosedur pelaporan.
- c. Masalah Integrasi Sistem  
Banyak rumah sakit menggunakan sistem informasi yang terpisah-pisah, yang membuat integrasi data menjadi sulit. Tanpa adanya sistem yang terintegrasi, data surveilans infeksi bisa ter

## DAFTAR PUSTAKA

- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Healthcare-associated infections (HAIs)*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hai/index.html>
- Klevens, R. M., Edwards, J. R., & Richards, C. L. (2010). *Estimating health care-associated infections and deaths in U.S. hospitals, 2002*. *Public Health Reports*, 125(2), 155-164. <https://doi.org/10.1177/003335491012500204>
- López, S., & Solís, J. (2018). *Surveillance of healthcare-associated infections: An overview of current practices*. *Journal of Hospital Infection*, 98(2), 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2017.12.019>
- Magill, S. S., O'Leary, E., & Janelle, S. J. (2018). *Prevalence of healthcare-associated infections in acute care hospitals in the United States, 2015*. *JAMA*, 320(14), 1468-1480. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.10903>
- Pongpirul, W., Tan, S. W., & Liew, P. W. (2012). *Use of electronic surveillance for healthcare-associated infections: A systematic review*. *International Journal of Infectious Diseases*, 16(11), e824-e829. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2012.04.016>
- World Health Organization. (2016). *Health care-associated infections: Key facts*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-care-associated-infections>.
- Zingg, W., Tschudin-Sutter, S., & Pittet, D. (2015). *Healthcare-associated infections: A global perspective*. *International Journal of Infectious Diseases*, 38, 49-55. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2015.07.013>

## **BIODATA PENULIS**



Penulis, lahir di Kabupaten Wakatobi, Sulawesi Tenggara, Indonesia. Saat ini bekerja di Salah Satu Perguruan Tinggi Negeri di Sulawesi Tenggara. Penulis aktif menulis dan melakukan penelitian di bidang kesehatan.



PT MEDIA PUSTAKA INDO  
Jl. Merdeka RT4/RW2  
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah  
No hp. 0838 6333 3823  
Website: [www.mediapustakaindo.com](http://www.mediapustakaindo.com)  
E-mail: [mediapustakaindo@gmail.com](mailto:mediapustakaindo@gmail.com)

