



Universitas
Esa Unggul

MODUL
KESELAMATAN PASIEN DALAM KEPERAWATAN
(NCA421)

Universitas

Esa Unggul

DISUSUN OLEH
DR. MIRA ASMIRAJANTI, SKP., MKEP

UNIVERSITAS ESA UNGGUL

2020

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah saya panjatkan kehadiran Allah swt, karena berkat rahmat dan karunia-Nyalah modul keselamatan pasien dalam keperawatan dapat selesai. Saya menyadari bahwa modul ini jauh dari sempurna, oleh karena itu berharap kepada semua pembaca untuk dapat memberikan kritik dan saran yang membangun, baik dalam hal penulisan atau apapun kekurangan dari modul ini.

Saya menyadari bahwa terwujudnya modul ini tidak terlepas dari dukungan banyak pihak. Kepada pihak yang telah membantu saya ucapkan terima kasih. Saya sangat berharap modul ini dapat diterima untuk dapat dijadikan dasar untuk meningkatkan keilmuan yang lebih baik, bermanfaat bagi penulis khususnya dan bagi perkembangan dunia keperawatan umumnya. Aamiin.

Jakarta, Juli 2020

Penulis

Dr. Mira Asmirajanti, SKp., MKep

DAFTAR ISI

	Hal
JUDUL	0
KATA PENGANTAR	1
DAFTAR ISI	2
MODUL 1	3
KONSEP DAN PRINSIP KESELAMATAN PASIEN	
MODUL 2	14
STANDAR, SASARAN, TUJUH LANGKAH DAN LIMA PRINSIP KESELAMATAN PASIEN	
MODUL 3	28
INSIDEN KESELAMATAN PASIEN	
MODUL 4	42
MANAJEMEN PENGAMBILAN KEPUTUSAN	
MODUL 5	56
KOMUNIKASI EFEKTIF	
MODUL 6	70
KOLABORASI INTERPROFESIONAL	
MODUL 7	84
ASUHAN KEPERAWATAN PENCEGAHAN PASIEN JATUH	

MODUL 1 KONSEP DAN PRINSIP KESELAMATAN PASIEN

A. KEMAMPUAN AKHIR YANG DIHARAPKAN

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu:

1. Mengetahui dan mengerti tentang latar belakang keselamatan pasien.
2. Menyebutkan dan memahami tentang pengertian keselamatan pasien.
3. Menyebutkan dan memahami tentang tujuan keselamatan pasien.
4. Menyebutkan dan memahami tentang kebijakan keselamatan pasien.
5. Menyebutkan dan memahami budaya keselamatan pasien.
6. Menyebutkan dan memahami sistem pelayanan.

B. MATERI

Modul konsep dan prinsip keselamatan pasien ini menyampaikan beberapa materi yang penting untuk diketahui oleh perawat yang akan dijabarkan di bawah ini:

1. Latar Belakang

Rumah sakit dan fasilitas kesehatan lain sebagai fasilitas pelayanan kesehatan bagi masyarakat merupakan tempat yang memiliki risiko tinggi ketidakselamatan sehingga harus berupaya meningkatkan keselamatan bagi semua yang berada di lingkungannya. Keselamatan pasien beberapa tahun ini menjadi perhatian khusus dan menjadi isu global yang mengemuka sejak awal tahun 2000-an dengan kampanye "*To err is human, building a safer system*". Isu tersebut mengemuka karena hasil penelitian yang dilakukan *Institute of Medicine* di RS Utah, Colorado & New York Amerika Serikat bahwa di Utah dan di Colorado ada 2.9% Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan 6.6% meninggal dunia. Di New York, 3.7% KTD dan 13.6% meninggal dunia. Angka kematian

akibat KTD pada pasien Rawat Inap di Seluruh Amerika ada 44.000 – 98.000 pasien per tahun dari 33.6 juta pasien yang di rawat setiap tahunnya. Penelitian lain dilakukan oleh *World Health Organization* (WHO) di RS Amerika, Inggris, Denmark, & Australia bahwa angka KTD adalah 3.2 – 16.6% (1).

Pemberian pelayanan kesehatan merupakan kerja sistem yang berpotensi mengalami *error*, maka atas dasar itu mendorong penyusunan sistem yang lebih aman agar potensi kesalahan dapat diminimalkan. Masyarakat mendapat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan mulai dari PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) tingkat pertama, kedua dan ketiga. Pemberian pelayanan kesehatan harus berfokus pada pasien. Perawat dan semua tenaga kesehatan sebagai pemberi pelayanan kesehatan atau Profesional Pemberi Asuhan (PPA) harus terus menjaga keselamatan pasien. Profesional Pemberi Asuhan (PPA) juga harus menjaga keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan yang ada di fasilitas kesehatan, keselamatan lingkungan serta keselamatan “bisnis” demi keberlangsungan hidup dari fasilitas kesehatan.

2. Pengertian Keselamatan Pasien

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 (2).

Keselamatan atau *safety* adalah bebas dari bahaya atau risiko (*hazard*). *Hazard* atau bahaya adalah suatu “keadaan atau perubahan atau tindakan” yang dapat meningkatkan risiko pada pasien. Keadaan adalah setiap faktor yang berhubungan atau mempengaruhi keselamatan pasien akibat dari agent atau personal. Agent adalah substansi, objek atau sistem yang menyebabkan perubahan (3).

Keselamatan pasien atau *patient safety* adalah proses pemberian pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan, seperti rumah sakit diberikan secara aman. Pasien bebas dari *harm* (cedera) yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari *harm* yang potensial akan terjadi, seperti penyakit; cedera fisik; social; psikologis; cacat dan kematian. Keselamatan pasien adalah komponen yang esensial dan vital untuk kualitas asuhan keperawatan. *Safety is a fundamental principle of patient care and critical component of quality management* (4).

3. Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan dari keselamatan pasien adalah:

- a. Aman (*Safety*), yaitu pasien yang menerima pelayanan kesehatan terbebas dari luka atau cedera.
- b. Efektif (*Effective*), yaitu memberikan pelayanan sesuai dengan kompetensi dan ilmu pengetahuan.
- c. Berfokus pada pasien (*Patient – centered*), yaitu memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien.
- d. Menurunkan waktu tunggu (*timely*), yaitu petugas kesehatan harus bekerja dengan cepat dan tepat agar pasien tidak menunggu lama untuk dapat menerima pelayanan.
- e. Efisien (*efficient*), yaitu menggunakan bahan dan alat sesuai dengan keperluan.

- f. Pelayanan sesuai standar (*Equitable*), yaitu petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien harus sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan.

Tujuan lain dari keselamatan pasien adalah:

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di fasilitas kesehatan.
- b. Meningkatkan akuntabilitas fasilitas kesehatan.
- c. Menurunkan kejadian yang tidak diharapkan di fasilitas kesehatan.
- d. Terlaksananya program-program keselamatan pasien di fasilitas kesehatan.

4. Kebijakan Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien sudah menjadi issue nasional yang didukung dengan kebijakan sebagai berikut:

- a. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien .
- b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 1691 tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit (5).
- c. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 7 tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit (6).

5. Budaya Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien harus dijadikan budaya oleh semua tenaga kesehatan di semua fasilitas pelayanan kesehatan agar tidak saling menyalahkan jika terjadi suatu *harm* pada pasien. Keselamatan pasien harus disadari dan menjadi ruh untuk setiap tenaga kesehatan. Budaya keselamatan pasien dapat berjalan baik jika setiap tenaga kesehatan memiliki kesadaran, keterbukaan dan kejujuran.

Fasilitas kesehatan harus memiliki seorang pemimpin yang bertanggung jawab terhadap budaya keselamatan pasien. Kepemimpinan yang efektif mendorong individu untuk melakukan komunikasi secara efektif, saling percaya, memiliki persepsi yang sama untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi dan aman serta memiliki kepercayaan diri untuk memecahkan masalah jika terjadi insiden keselamatan pasien. Semua orang harus bertanggung jawab terhadap pelaksanaan keselamatan pasien sehingga perlu ada struktur organisasi yang baik dengan tata kerja yang jelas agar budaya keselamatan pasien berjalan dengan efektif dan efisien.

6. Sistem Pelayanan

Rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai sarana kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Masyarakat yang menerima pelayanan kesehatan dihadapkan pada risiko kejadian tidak diharapkan. Sistem pelayanan kesehatan yang menerapkan prinsip keselamatan pasien perlu meminimalkan kejadian tidak diinginkan tetapi tetap memperhatikan faktor kelebihan dan kekurangan faktor manusia sebagai penyedia pelayanan kesehatan.

To err is human. Error adalah kegagalan untuk melaksanakan suatu hal yang direncanakan untuk mencapai luaran yang diinginkan. *Error* dapat terjadi karena adanya situasi tertentu dan adanya faktor individual yang menjadi predisposisi terjadinya error. Faktor yang mempengaruhi IM SAFE = *Illness* (I), *Medication* (M), *Stress* (S), *Alcohol* (A), *Fatigue* (F), *Emotion* (E).

Sistem ini terdiri dari struktur, proses dan outcome.

a. Struktur

Seluruh komponen dari fasilitas, organisasi, administrasi, fasilitas fisik, lingkungan, staf dan peralatan.

b. Proses

Seluruh langkah-langkah aktivitas, apa yang akan dikerjakan dan bagaimana mengerjakannya.

c. Outcome

Suatu produk, hasil atau efek praktikal yang merefleksikan kesembuhan pasien dengan biaya yang efektif dan efisien.

Sistem pelayanan harus menjamin pelaksanaan sebagai berikut:

a. Asuhan pasien lebih aman, melalui upaya yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien.

b. Pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, kemampuan belajar dari insiden, dan tindak lanjutnya.

c. 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.

7. Peran Perawat dalam Keselamatan Pasien

Perawat sebagai salah satu Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang paling lama berhubungan dengan pasien. Perawat memiliki peran penting dalam peningkatan keselamatan pasien. Keselamatan pasien merupakan landasan penting dan indikator mutu pelayanan asuhan keperawatan. Setiap aktivitas perawat selama 24 jam dalam pemberian asuhan keperawatan merupakan aktivitas yang penuh risiko insiden keselamatan pasien (7).

Keselamatan pasien harus dijadikan budaya oleh perawat dalam pemberian asuhan keperawatan dengan terus memperhatikan hal-hal berikut:

a. Laksanakan sasaran keselamatan pasien

Perawat harus melaksanakan sasaran keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien sebagai dasar dalam keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien adalah sebagai berikut:

6) Mengidentifikasi pasien dengan benar.

Perawat dalam pemberian asuhan keperawatan harus mengidentifikasi pasien dengan tepat.

7) Meningkatkan komunikasi yang efektif.

Perawat dalam pemberian asuhan keperawatan terhadap pasien harus menggunakan komunikasi yang efektif.

8) Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai.

Perawat dalam kolaborasi pemberian asuhan keperawatan harus meningkatkan keamanan terhadap obat-obatan yang perlu diwaspadai.

9) Memastikan proses tepat – lokasi, tepat – prosedur, tepat – pasien yang menjalani tindakan dan prosedur

Perawat dalam melakukan tindakan keperawatan harus memastikan tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien.

10) Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan

Perawat dalam pemberian asuhan keperawatan harus melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi dengan melakukan cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat.

11) Mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh.

Perawat dalam pemberian asuhan keperawatan harus menjaga agar risiko pasien jatuh berkurang. Karena banyak cedera yang terjadi akibat pasien jatuh.

b. Lakukan handover dengan menggunakan tehnik SBAR

Handover merupakan komunikasi antara perawat untuk serah terima tanggung jawab pasien karena pergantian tugas jaga atau shift. Pada pergantian tugas jaga perawat maka akan terjadi alih tanggung jawab melalui pertukaran informasi mengenai kondisi pasien antara perawat yang selesai melaksanakan tugas dengan perawat yang akan melaksanakan tugas.

c. Lakukan kolaborasi interprofesional

Perawat sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan harus mampu melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain, karena dalam memenuhi kebutuhan pasien selain dilakukan secara mandiri dapat juga dilakukan secara berkolaborasi. Pasien merupakan fokus dari pelayanan.

d. Lakukan pencegahan dan pengendalian infeksi

Perawat harus mengamalkan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) pada pemberian asuhan keperawatan untuk meminimalkan atau mencegah terjadinya infeksi pada pasien, staf, tenaga profesional kesehatan, tenaga kontrak, tenaga sukarela, mahasiswa, pengunjung dan masyarakat di sekitar fasilitas pelayanan kesehatan.

C. LATIHAN SOAL

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakan latihan berikut dengan memilih jawaban yang paling sesuai dari pilihan ganda yang tersedia.

1. Apa yang dimaksud dengan keselamatan pasien

- A. Bebas dari bahaya atau resiko
- B. Proses pemberian pelayanan kesehatan secara aman
- C. Sistem yang menyebabkan perubahan

- D. Memberikan pelayanan sesuai dengan kompetensi dan ilmu pengetahuan
 - E. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 11 Tahun 2017
2. Salah satu tujuan dari keselamatan pasien adalah agar pelayanan efektif, sebutkan alasannya?
- A. Bebas dari bahaya atau resiko
 - B. Proses pemberian pelayanan kesehatan secara aman
 - C. Sistem yang menyebabkan perubahan
 - D. Memberikan pelayanan sesuai dengan kompetensi dan ilmu pengetahuan
 - E. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 11 Tahun 2017
3. Keselamatan pasien dalam pelayanan dipayungi oleh peraturan menteri kesehatan no berapakah
- A. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1691 Tahun 2011
 - B. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 7 Tahun 2019
 - C. Sistem yang menyebabkan perubahan
 - D. Memberikan pelayanan sesuai dengan kompetensi dan ilmu pengetahuan
 - E. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 11 Tahun 2017
4. Keselamatan pasien harus disadari dan menjadi ruh dari setiap tenaga kesehatan
- A. Budaya keselamatan
 - B. Standar keselamatan
 - C. Sistem yang menyebabkan perubahan
 - D. Memberikan pelayanan sesuai dengan kompetensi dan ilmu pengetahuan
 - E. Kegagalan untuk melaksanakan suatu hal yang direncanakan

5. Prinsip dari sistem pelayanan kesehatan terkait dengan keselamatan pasien adalah *To err is human*. *Error* dipahami sebagai :

- A. Budaya keselamatan
- B. Standar keselamatan
- C. Sistem yang menyebabkan perubahan
- D. Memberikan pelayanan sesuai dengan kompetensi dan ilmu pengetahuan
- E. Kegagalan untuk melaksanakan suatu hal yang direncanakan

D. JAWABAN SOAL

- 1. B
- 2. A
- 3. E
- 4. A
- 5. E

E. DAFTAR PUSTAKA

- 1. WHO. Patient safety. WHO. 2018;2018(November):1–8.
- 2. Permenkes no. 11. Permenkes RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Dep Kesehat RI. 2017;
- 3. Mohammad S, Mousavi H, Zeraati H, Jabbarvand M, Mokhtareh H. Assessment of Patient Safety for Quality Improvement Based on Joint Commission International Accreditation Standards in Farabi Eye Hospital of Tehran University of Medical Sciences Article history : Patient Saf Qual Improv. 2016;1(Md).
- 4. Murray E. Nursing leadership and management for patient safety and quality care. Rhyner S, editor. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2017.
- 5. Permenkes no. 1691. Permenkes RI No. 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Dep Kesehat RI [Internet]. 2011;(January):30–3. Available from:

http://www.ghbook.ir/index.php?name&option=com_dbook&task=readonline&book_id=13650&page=73&chckhashk=ED9C9491B4&Itemid=218&lang=fa&tmpl=component

6. Permenkes no. 7. Permenkes RI No. 7 Tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit. Dep Kesehat RI. 2019;
7. Hughes RG. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency for Health Research and Quality. 2008.



Universitas
Esa Unggul

MODUL 2

STANDAR, SASARAN, TUJUH LANGKAH DAN LIMA PRINSIP KESELAMATAN PASIEN

A. KEMAMPUAN AKHIR YANG HARUS DICAPAI

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu:

1. Mengetahui dan mengaplikasikan tentang standar keselamatan pasien.
2. Mengetahui dan mengaplikasikan tentang sasaran keselamatan pasien.
3. Mengetahui dan mengaplikasikan tentang tujuh langkah menuju keselamatan pasien.
4. Mahasiswa mampu mengaplikasikan tentang lima prinsip keselamatan pasien.

B. MATERI

Modul standar, sasaran, tujuh langkah dan lima prinsip keselamatan pasien ini menyampaikan beberapa materi yang penting untuk diketahui oleh perawat yang akan dijabarkan di bawah ini:

1. Latar belakang

Perawat sebagai Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan sebagai pemberi pelayanan kesehatan yang bekerja secara terus menerus dan berkesinambungan. Perawat harus selalu memperhatikan keselamatan pasien. Keselamatan pasien berkaitan dengan penghindaran, pencegahan dan perbaikan hasil buruk serta mencakup rangkaian kesalahan dan penyimpangan terhadap kecelakaan (1). Perawat yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan harus bekerja berdasarkan sistem keselamatan pasien. Sistem tersebut harus dilengkapi dengan standar, penetapan

sasaran, langkah-langkah untuk penyelesaian masalah dan prinsip keselamatan pasien.

2. Standar Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien merupakan proses pemberian pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan, seperti rumah sakit harus diberikan dan ditangani secara aman. Pelaksanaan keselamatan pasien di fasilitas kesehatan memerlukan standar yang digunakan sebagai acuan. Adapun standar keselamatan pasien terdiri dari:

a. Hak Pasien

Pasien dan keluarganya adalah pribadi yang unik memiliki sifat, sikap, keyakinan dan nilai-nilai pribadi yang berbeda-beda. Pasien merupakan fokus dalam pelayanan kesehatan sehingga pasien dan keluarga memiliki hak atas pelayanan kesehatan dirinya. Hak pasien dan keluarga (2) adalah sebagai berikut:

- Pasien dan keluarga berhak mengetahui Profesional Pemberi Asuhan (PPA), yaitu Perawat, Dokter, Dietisien, Farmasis yang memberikan pelayanan.
- Memperoleh pelayanan kesehatan dengan menghargai agama, keyakinan dan nilai-nilai pribadi pasien serta merespon permintaan yang berkaitan dengan bimbingan kerohanian.
- Informasi terkait kesehatan pasien dijamin kerahasiaannya.
- Harta benda milik pasien dilindungi dari kehilangan atau kecurian.
- Kelompok Pasien dan keluarga yang berisiko dilindungi dari kekerasan fisik.
- Pasien dan keluarga dilibatkan dalam pelayanan kesehatan dirinya.
- Pasien memperoleh informasi terkait diagnosis, kondisi pasien, tindakan yang diusulkan, tata cara dan tujuan tindakan, manfaat dan risiko tindakan, nama orang yang

mengerjakan tindakan, kemungkinan alternatif dari tindakan, prognosis dari tindakan, kemungkinan hasil yang tidak terduga dan kemungkinan hasil bila tidak dilakukan tindakan.

- Pasien dan keluarga berhak mengetahui pembiayaan yang diperlukan untuk pelayanan kesehatan yang akan diterima.

b. Pendidikan bagi pasien dan keluarga

Pasien dan keluarga harus tahu kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Pemberian pendidikan kepada pasien dan keluarga sebagai berikut:

- Informasi harus benar, jelas, lengkap dan jujur terkait kondisi kesehatannya.
- Informasi untuk perawatan dirinya agar kondisi kesehatan pasien selalu terjaga.
- Informasi harus diberikan
- Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga.
- Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.
- Memahami konsekuensi pelayanan.
- Mematuhi nasihat petugas kesehatan dan menghormati tata tertib fasilitas pelayanan kesehatan.
- Memerlihatkan sikap saling menghormati dan tenggang rasa.
- Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

c. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan

Fasilitas kesehatan harus menjamin pasien menerima pelayanan kesehatan yang baik dan aman di seluruh unit pelayanan yang ada.

d. Metode peningkatan kinerja

Kegiatan mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang telah ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja.

e. Kepemimpinan

Kegiatan pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan untuk melaksanakan keselamatan pasien

f. Pendidikan bagi staf

Kegiatan Pendidikan dan pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.

g. Komunikasi

Kegiatan fasilitas pelayanan kesehatan dalam merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal yang tepat waktu dan akurat.

3. Sasaran Keselamatan Pasien

Perawat sebagai profesi yang berfokus pada pelayanan dan membantu pasien mencapai kesehatan yang optimal. Pada pemberian asuhan keperawatan, sasaran keselamatan pasien harus menjadi dasar dalam pelayanan. Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk diterapkan pada pelayanan keperawatan di fasilitas pelayanan kesehatan (3). Terdapat 6 sasaran keselamatan pasien yang menjadi prioritas gerakan keselamatan pasien yang meliputi:

1) Mengidentifikasi pasien dengan benar.

Perawat di fasilitas pelayanan kesehatan harus menjamin ketepatan (akurasi) identifikasi pasien. Identifikasi ini dilakukan untuk kesesuaian pasien sebagai individu yang menerima pelayanan kesehatan dan kesesuaian jenis pelayanan yang diberikan. Identifikasi pasien adalah sebagai berikut:

- Pasien harus diidentifikasi menggunakan paling sedikit dua dari empat bentuk identifikasi, yaitu nama pasien; tanggal lahir; nomor rekam medik, dan elektronik kartu tanda

penduduk (e-KTP). Nomor kamar pasien tidak dapat digunakan untuk identifikasi pasien.



- Dua bentuk identifikasi ini digunakan di semua area fasilitas pelayanan kesehatan.
- Pelaksanaan identifikasi harus konsisten pada semua situasi.
- Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
- Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
- Pasien diidentifikasi sebelum pelaksanaan tindakan atau prosedur diagnostik.

2) Meningkatkan komunikasi yang efektif.

Perawat di fasilitas pelayanan kesehatan harus melaksanakan komunikasi yang efektif, baik komunikasi verbal ataupun komunikasi melalui telepon. Komunikasi efektif ini dilakukan antar (PPA) Profesional Pemberi Asuhan (4) dan PPA dengan pasiennya, sebagai berikut:

- Komunikasi harus tepat waktu, akurat, lengkap, tidak mendua (ambiguous), jelas dan yang dipahami pasien akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan keselamatan pasien.
- Komunikasi dapat dilakukan secara verbal, elektronik atau tertulis. Komunikasi yang mudah menimbulkan kesalahan persepsi kebanyakan terjadi pada saat kolaborasi dilakukan secara lisan atau melalui telepon.

- Pengucapan harus jelas agar tidak menyulitkan penerima informasi dalam memahami informasi yang diberikan. Komunikasi yang mudah terjadi kesalahan yang lain adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis. Misalnya nama obat yang rupa dan ucapannya mirip (NORUM) atau *Look Alike, Sound Alike* (LASA), seperti *phenobarbital* dan *phentobarbital*.
- Lakukan kegiatan “**read back**” pada saat menerima informasi secara lisan atau melalui telepon. Lakukan Tulis Baca dan Konfirmasi (TBaK). Kemudian pasang stiker “**sign here**” sebagai pengingat untuk pemberi informasi.



- Gunakan metode komunikasi Situation Background Assessment Recommendation (SBAR) pada waktu serah terima pasien baik ketika pergantian shif atau memindahkan pasien dari unit satu ke unit lain.



- Penggunaan singkatan-singkatan yang telah ditetapkan tidak boleh menggunakan singkatan-singkatan yang tidak ditetapkan.

3) Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai.

Perawat di fasilitas pelayanan kesehatan harus menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obatan yang perlu diwaspadai. Obat yang perlu diwaspadai terdiri atas

- Obat risiko tinggi, yaitu obat yang bila terjadi kesalahan (*error*) dapat menimbulkan kematian atau kecacatan seperti insulin, heparin, atau kemoterapi.
- Obat yang nama, kemasan, label, penggunaan klinis tampak/ kelihatan sama (*look alike*), bunyi ucapan sama (*sound alike*), seperti Xanax dan Zantac atau *hydralazine* dan *hydroxyzine* atau disebut juga nama obat rupa ucapan mirip (NORUM).



- Elektrolit konsentrat, seperti *potasium* klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 2 meq/ml, *potasium* fosfat dengan konsentrasi sama atau lebih besar dari 3 mmol/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0.9%, dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 20%, 40% atau lebih.
- Pasien yang beresiko alergi harus diberi tanda pita merah.

4) Memastikan proses tepat – lokasi, tepat - prosedur, tepat – pasien yang menjalani tindakan dan prosedur.

Perawat di fasilitas pelayanan kesehatan harus memastikan setiap pasien yang akan menjalani tindakan dan prosedur untuk tepat – lokasi, tepat – prosedur dan tepat – pasien. Kesalahan ini

terjadi sering kali akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim PPA bedah, kurang atau tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi operasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi.

Di samping itu asesmen pasien tidak adekuat, penelaahan catatan medis tidak adekuat dan budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim PPA bedah, oleh karena itu untuk mengurangi terjadinya kesalahan maka perlu dilakukan hal-hal di halaman berikut ini:

- Beri tanda di tempat operasi

Tanda yang diberikan oleh PPA harus sama. Dan yang memberikan tanda adalah PPA yang akan melakukan operasi dengan persetujuan pasien sehingga pasien tidak boleh dalam kondisi tidur atau mengantuk. Dilakukan sebelum operasi di mulai.



- Proses verifikasi praoperasi

Perawat harus terlibat dalam proses verifikasi praoperasi agar tidak terjadi kesalahan, yaitu

- Memastikan bahwa lokasi, prosedur, dan pasien yang benar;
- memastikan bahwa semua dokumen, foto (*imaging*), hasil pemeriksaan yang relevan tersedia, diberi label dengan baik, dan dipampang;

- melakukan verifikasi ketersediaan peralatan khusus dan/atau implant-implant yang dibutuhkan.
- Melakukan *time out* sebelum insisi kulit dimulai.
Proses *time out* dilakukan di tempat, dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum tindakan dimulai, dan melibatkan seluruh tim operasi.

5) Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan

Perawat di fasilitas pelayanan kesehatan harus melaksanakan *evidence-based hand hygiene guidelines* untuk menurunkan risiko infeksi terkait layanan kesehatan (5). Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan. Perawat dan semua PPA harus berupaya mengatasi infeksi agar tidak terjadi peningkatan biaya perawatan pasien, yaitu:

- Cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat.



6) Mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh.

Perawat di fasilitas pelayanan kesehatan harus melaksanakan proses mengurangi risiko pasien jatuh. Banyak cedera yang terjadi akibat pasien jatuh (6). Berbagai faktor yang meningkatkan risiko pasien jatuh antara lain:

- Kondisi pasien
- Gangguan fungsional pasien. Misalnya gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, atau perubahan status kognitif.

- Pasien lanjut usia (Lansia)
- Lokasi atau situasi lingkungan rumah sakit
- Riwayat jatuh pasien
- Konsumsi obat tertentu
- Konsumsi alkohol

Proses mengurangi risiko pasien jatuh sebagai berikut:

- Lakukan proses asesmen awal pada pasien untuk mengetahui risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pada pasien jika diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.



- Lakukan langkah pencegahan untuk mengurangi risiko jatuh pada pasien yang hasil asesmen awalnya berisiko jatuh.
- Pasien yang berisiko jatuh harus diberikan tanda pita kuning.
- Lakukan monitoring terhadap langkah pencegahan yang telah dilakukan.
- Prosedur dikembangkan untuk mengurangi risiko berkelanjutan pada pasien cedera akibat jatuh di fasilitas pelayanan kesehatan.

4. Tujuh Langkah Keselamatan Pasien

Tujuh langkah keselamatan pasien yang harus dijalankan oleh setiap perawat di fasilitas pelayanan kesehatan (3), yaitu:

- a. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.

- b. Pimpin dan dukung staf. Bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan.
- c. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko. Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah.
- d. Kembangkan sistem pelaporan. Pastikan staf anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian atau insiden.
- e. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien. Kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien. Dorong staf 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 atau masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

5. Lima Prinsip Keselamatan Pasien

Lima prinsip untuk merancang sistem keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan, yaitu:

- a. Prinsip 1: *Provide Leadership* meliputi:
 - Menjadikan keselamatan pasien sebagai tujuan utama.
 - Menjadikan keselamatan pasien sebagai tanggung jawab bersama.
 - Menunjuk atau menugaskan seseorang yang bertanggung jawab untuk program keselamatan.
 - Menyediakan sumber daya manusia dan dana untuk analisis *error* dan *redesign* sistem.
 - Mengembangkan mekanisme yang efektif untuk mengidentifikasi *unsafe* dokter.
- b. Prinsip 2: Memperhatikan keterbatasan manusia dalam perancangan proses, yaitu:

- *Design job for safety.*
 - Menyederhanakan proses.
 - Membuat standar proses.
- c. Prinsip 3: Mengembangkan tim yang efektif
- d. Prinsip 4: Antisipasi untuk kejadian tidak terduga
- Pendekatan proaktif.
 - Menyediakan antidotum
 - Training simulasi.
- e. Prinsip 5: Menciptakan atmosfer “*Learning*”

C. LATIHAN SOAL

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakan latihan berikut dengan memilih jawaban yang paling sesuai dari pilihan ganda yang tersedia.

1. Hak pasien merupakan standar keselamatan pasien yang harus dipenuhi. Apa saja hak pasien tersebut
 - A. Informasi diagnosis dan tindakan medis
 - B. Mendisain proses baru
 - C. Pendidikan dan pelatihan berkelanjutan
 - D. Kewajiban finansial yang disepakati
 - E. Memperbaiki proses yang ada
2. Meningkatkan komunikasi yang efektif adalah
 - A. Sasaran keselamatan pasien ke 1
 - B. Sasaran keselamatan pasien ke 2
 - C. Sasaran keselamatan pasien ke 3
 - D. Sasaran keselamatan pasien ke 4
 - E. Sasaran keselamatan pasien ke 5
3. Kapan pelaksanaan *time out* untuk memastikan tepat – lokasi, tepat – prosedur dan tepat -pasien
 - A. Ketika masuk ruangan operasi

- B. Setelah selesai operasi
 - C. Ketika persiapan di ruangan
 - D. Tepat sebelum tindakan di mulai
 - E. 8 jam sebelum tindakan di mulai
4. Setiap fasilitas kesehatan harus melaksanakan 7 langkah keselamatan pasien. Di bawah ini yang bukan termasuk 7 langkah adalah
- A. Pimpin dan dukung staf
 - B. Antisipasi untuk kejadian tidak terduga
 - C. Kembangkan sistem pelaporan
 - D. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien.
 - E. Cegah cedera.
5. Prinsip pertama dari lima prinsip keselamatan pasien adalah
- A. Provide leadership
 - B. Memperhatikan keterbatasan manusia dalam perancangan proses
 - C. Mengembangkan tim yang efektif
 - D. Antisipasi untuk kejadian tidak terduga
 - E. Menciptakan atmosfer "*learning*"

D. JAWABAN SOAL

- 1. A
- 2. B
- 3. D
- 4. B
- 5. A

B. DAFTAR PUSTAKA

- 1. Permenkes no. 11. Permenkes RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Dep Kesehat RI. 2017;

2. KARS. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1. Kom Akreditasi Rumah Sakit. 2017;
3. Permenkes no. 1691. Permenkes RI No. 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Dep Kesehat RI [Internet]. 2011;(January):30–3. Available from: http://www.ghbook.ir/index.php?name&option=com_dbook&task=readonline&book_id=13650&page=73&chckhashk=ED9C9491B4&Itemid=218&lang=fa&tmpl=component
4. Stewart KR, Hand KA. SBAR, communication, and patient safety: An integrated literature review. *Medsurg Nurs*. 2017;26(5):297–305.
5. Craven R, Hirnle C, Jensen S. *Fundamentals of nursing : human health and function*. Seventh. Brandon C, editor. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
6. Murray E. *Nursing leadership and management for patient safety and quality care*. Rhyner S, editor. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2017.

MODUL 3 INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

A. KEMAMPUAN AKHIR YANG HARUS DICAPAI

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu:

1. Mengetahui dan memahami tentang latar belakang insiden keselamatan pasien.
2. Mengetahui dan memahami tentang insiden keselamatan pasien.
3. Mengetahui dan memahami tentang faktor-faktor yang berpengaruh terhadap insiden keselamatan pasien.
4. Mengetahui dan mengaplikasikan tentang pelaporan Insiden keselamatan pasien

B. MATERI

Modul insiden keselamatan pasien ini menyampaikan beberapa materi yang penting untuk diketahui oleh perawat yang akan dijabarkan di bawah ini:

1. Latar belakang Insiden keselamatan pasien

Perawat di fasilitas pelayanan kesehatan merupakan profesional pemberi asuhan (PPA) yang 24 jam bekerja untuk memenuhi kebutuhan pasien. Perawat harus menjamin keselamatan pasien dan meningkatkan mutu pelayanannya. Keselamatan pasien dan mutu pelayanan merupakan inti dari proses keperawatan yang sangat bergantung pada perawat. Ada 3 aspek mutu yaitu aspek klinis, aspek efisiensi dan aspek keselamatan pasien. Aspek keselamatan pasien merupakan upaya menjaga mutu dengan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Setiap aktivitas perawat tidak luput dari insiden keselamatan pasien.

2. Insiden Keselamatan Pasien

Perawatan memiliki peran penting dalam keselamatan pasien. Perawat harus memenuhi kebutuhan dasar manusia untuk semua pasien tanpa membedakan usia. Perawat pada pasien dewasa harus berusaha untuk mencegah tidak hanya efek samping tetapi juga efek jangka panjang dari komorbiditas dan gejala. Pada pasien anak-anak, yang merupakan sebagian dari pasien yang paling rentan karena faktor perkembangan dan ketergantungan, sulit untuk memberikan perawatan yang aman dan bermutu tinggi dalam memenuhi kebutuhan unik mereka (1).

Perawat juga harus mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien dalam pemberian asuhan keperawatan. Insiden keselamatan pasien (IKP) atau insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (2). Insiden keselamatan pasien juga merupakan akibat dari *commission* melaksanakan suatu tindakan atau *omission* tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Harm atau cedera

Harm atau cedera merupakan dampak yang terjadi akibat gangguan struktur atau penurunan fungsi tubuh dapat berupa fisik, sosial dan psikologis . Yang termasuk *harm* adalah

- a. Penyakit/ *Disease*
Disfungsi fisik atau psikis.
- b. Cedera/ *Injury*
Kerusakan jaringan yang diakibatkan agent/ keadaan.
- c. Penderitaan/ *Suffering*
Pengalaman atau gejala yang tidak menyenangkan termasuk nyeri, malaise, mual, muntal, depresi, agitasi dan ketakutan.

d. Cacat/ *Disability*

Segala bentuk kerusakan struktur atau fungsi tubuh, keterbatasan aktivitas dan atau restriksi dalam pergaulan sosial yang berhubungan dengan *harm* yang terjadi sebelumnya atau saat ini.

e. Kematian.

Penyebab insiden keselamatan pasien sangat kompleks dan dapat melibatkan semua bagian dalam sistem fasilitas pelayanan kesehatan. Insiden keselamatan pada pasien disebabkan oleh manajemen asuhan yang tidak optimal bukan akibat dari kondisi pasien, dimana beberapa insiden tersebut dapat dicegah (3). Keselamatan pasien landasan dalam pemberian asuhan keperawatan. Pasien merupakan fokus dari pelayanan. Jenis-jenis Insiden keselamatan pasien terdiri dari

a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/ *Adverse Event*

Pada kejadian tidak diharapkan (KTD) ada 2 kesalahan, yaitu:

- *Omission* adalah suatu kesalahan akibat dari tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan. Perawat menghilangkan tindakan yang merupakan standar asuhan keperawatan. Misalnya dalam pemberian tindakan perawat tidak mengecek identitas pasien.
- *Commission* adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan terjadi sehingga menimbulkan cedera. Hal tersebut dikarenakan perawat salah melakukan tindakan. Misalnya perawat tidak memperhatikan tehnik steril ketika memasang foley kateter.

b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/ *Near Miss*

Suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien. Misalnya

suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan ke pasien.

c. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Suatu insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera dan mungkin dapat juga terjadi karena keberuntungan. Misalnya pasien meminum suatu obat kontra indikasi tetapi tidak menimbulkan reaksi obat atau peringanan yaitu pasien meminum suatu obat yang menyebabkan reaksi alergi tetapi karena diketahui secara cepat maka diberikan obat anti alergi.

d. Kondisi Potensial Cedera (KPC)/ *reportable circumstance*

Kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera tetapi belum terjadi insiden. Misalnya obat-obatan LASA (*Look Alike Sound Alike*).

e. Kejadian *Sentinel* (*Sentinel Event*)

Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius. Biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima, seperti operasi pada bagian tubuh yang salah. Kata *sentinel* digunakan karena keseriusan cedera yang terjadi. Misalnya amputasi pada kaki yang salah sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini dapat mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

3. Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap Insiden Keselamatan Pasien

Faktor-faktor yang berpengaruh terhadap insiden keselamatan pasien berinteraksi satu sama lain. Ketika faktor-faktor tersebut

berfungsi secara bersamaan akan terbentuk sistem pertahanan terhadap insiden keselamatan pasien yang sebenarnya dapat dicegah. Tetapi apabila terdapat kekurangan atau ketidaksesuaian pada faktor-faktor tersebut dan satu sama lain bergerak terpisah maka hal itulah yang menjadi kekurangan sistem sehingga insiden keselamatan pasien terjadi (4). Faktor-faktor yang berpengaruh adalah:

a. Karakteristik Individu

- Karakteristik individu merupakan faktor utama yang berpengaruh terhadap keselamatan pasien dan berhubungan secara langsung terhadap mutu pelayanan.
- Karakteristik individu adalah kualitas individu yang menunjang pekerjaannya seperti pengetahuan, keterampilan, pengalaman, kemampuan mendeteksi, pendidikan dan pelatihan serta sikap (kewaspadaan, kelelahan dan motivasi).

b. Sifat dasar Pekerjaan

- Sifat dasar pekerjaan sesuai dengan karakteristik pekerjaannya.
- Sifat dasar pekerjaan harus dilengkapi dengan prosedur yang digunakan.
- Prosedur harus terdefinisi dengan baik, ada alur kerja, beban pekerjaan, jumlah pasien, jenis penyakit dan peralatan.
- Sifat dasar pekerjaan sangat ditentukan oleh keahlian manusia dalam melaksanakan pekerjaannya.

c. Faktor lingkungan fisik

- Faktor lingkungan fisik meliputi pencahayaan, suara, suhu ruangan, tata letak ruangan dan ventilasi.

- Pengelolaan gedung fasilitas kesehatan harus benar-benar memikirkan dan memperhatikan keselamatan pasien dan staf.

d. Faktor Interaksi antara sistem dan manusia

- Faktor ini meliputi perlengkapan atau peralatan medis, penyimpanan alat-alat, pengawasan alat, pengawasan perangkat lunak, penguasaan kertas kerja dan teknologi informasi.
- Kesalahan medis sangat jarang disebabkan oleh faktor kesalahan manusia secara individu, tetapi lebih banyak disebabkan karena kesalahan pada sistem di fasilitas kesehatan.
- Interaksi sistem dan manusia berkomunikasi dalam ruang lingkup sistem.
- Perawat menggunakan peralatan medis secara terus menerus sehingga menjadi berpengalaman.
- Perawat harus memiliki kemampuan dan pengetahuan yang baik terkait dengan peralatan medis yang digunakan.

e. Faktor Organisasi dan Lingkungan Sosial

- Lingkungan organisasi merupakan lingkungan manusia di dalam fasilitas pelayanan kesehatan, tempat melakukan pekerjaan sehingga lingkungan organisasi tersebut biasa disebut dengan lingkungan pekerjaan.
- Perawat sebagai profesional pemberi asuhan (PPA) terbanyak dalam lingkungan fasilitas kesehatan harus memperhatikan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien.
- Perawat mengaplikasikan pengetahuan, keterampilan dan pengalaman untuk memenuhi kebutuhan pasien.

- Kesalahan pada manusia (*human error*) dapat didefinisikan sebagai kegagalan dari tindakan manusia dalam mencapai suatu dampak atau keluaran.
- Kejadian *near miss* merupakan peristiwa, situasi atau kejadian yang dapat tetapi belum terjadi yang menyebabkan kerugian pada pasien.

f. Faktor Manajemen

- Faktor ini terdiri dari budaya keselamatan pasien, kemudahan akses personel, pengembangan karyawan, kemampuan kepemimpinan, kebijakan pimpinan dalam hal sumber daya manusia, *pembiayaan*, peralatan dan teknologi.
- Membangun budaya kesadaran akan nilai keselamatan pasien, menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil merupakan langkah pertama dalam menetapkan keselamatan pasien di fasilitas kesehatan.
- Faktor manajemen termasuk manajemen pelayanan keperawatan sangat menentukan kualitas pelayanan kesehatan dan mempengaruhi terjadinya insiden keselamatan pasien.
- Manajemen pelayanan keperawatan adalah suatu proses manajemen yang harus ada pada fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit karena tenaga keperawatan merupakan tenaga kesehatan yang terbanyak (5).
- Proses manajemen keperawatan bekerja menggunakan pendekatan sistem yaitu rangkaian kejadian yang saling berhubungan, mempengaruhi dan dipengaruhi oleh lingkungannya.
- Pelayanan keperawatan dapat berjalan dengan baik jika dimanaj dengan baik. Perawat dalam memberikan asuhan

keperawatan pada pasien harus menggunakan manajemen asuhan keperawatan dengan baik.

Setiap sistem terdiri dari lima unsur yaitu:

- Masukan (input) terdiri dari atas sumber daya manusia, pembiayaan, sarana dan prasarana pendukung, metoda, kualitas pelayanan, pemasaran dan informasi.
- Proses dalam manajemen keperawatan terdiri atas kelompok manajerial yang memiliki kekuasaan terhadap perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, pengawasan dan penilaian asuhan keperawatan.
- Keluaran (output) dari proses manajemen keperawatan adalah perawatan pasien, pembangunan staf dan penelitian.
- Pengawasan yang digunakan dalam manajemen keperawatan di antaranya penilaian prestasi kinerja karyawan, kinerja pelayanan dan mutu pelayanan.
- Mekanisme umpan balik (*feed back*) yang digunakan terdiri atas laporan keuangan, audit asuhan keperawatan dan jaminan keselamatan.

g. Lingkungan Eksternal

- Pelayanan kesehatan sebagai sistem terbuka, sehingga saling mempengaruhi antar lingkungan internal dan eksternal.
- Faktor eksternal terdiri dari pengetahuan dasar, demografi, teknologi terbaru, kebijakan pemerintah, perekonomian, kebijakan kesehatan, kesadaran masyarakat dan iklim politik.
- Lingkungan eksternal merupakan suatu hal yang sangat dibutuhkan organisasi. Lingkungan eksternal ini

terkadang memberikan tekanan, yang biasa disebut tekanan lingkungan eksternal.

- Tekanan lingkungan eksternal dapat berupa tuntutan hukum, tuntutan masyarakat terhadap mutu dan keselamatan pasien.
- Tekanan lingkungan eksternal lainnya berupa regulasi nasional terhadap sumber daya manusia (SDM) pada pelayanan kesehatan yaitu standarisasi profesi, penilaian kompetensi staf dan sertifikasi sedangkan untuk fasilitas kesehatan seperti rumah sakit berupa akreditasi.
- Fasilitas kesehatan harus siap menerima tekanan eksternal dan menjadi motivasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

6. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Pelaporan insiden keselamatan pasien adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien. Sistem ini untuk mengidentifikasi risiko insiden keselamatan pasien dan mengajak semua tenaga kesehatan untuk peduli akan bahaya atau potensi bahaya yang dapat terjadi kepada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya kesalahan (error) dan awal proses pembelajaran agar kejadian yang sama tidak terulang kembali (6).

Setiap kejadian tidak diharapkan (KTD) atau kejadian nyaris cedera (KNC) atau kejadian tidak cedera (KTC) atau Sentinel Event yang terjadi pada pasien, setelah dilakukan analisa penyebab, rekomendasi dan solusinya harus dilaporkan. Adapun laporan pasien terdiri dari

a. Data pasien

Data pasien yang harus dilengkapi dalam laporan ini terdiri dari:

- Nama pasien,

- Ruang atau unit penyebab insiden
- umur,
- jenis kelamin,
- penanggung jawab,
- tanggal masuk RS dan jam.

b. Tanggal dan waktu insiden

- Tanggal dan waktu saat insiden terjadi
- Insiden harus dilaporkan paling lambat 2 x 24 jam atau pada akhir kerja atau shift.

c. Insiden

- Jenis insiden (KTD, KNC, KTC atau KPC)
- Grading risiko (biru/ hijau/ moderat/ merah) terdiri dari:

Tingkat Risiko	Deskripsi	Dampak
1	Rendah	Tidak ada cedera
2	Moderat	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cedera ringan, misal luka lecet. ○ Dapat diatasi dengan pertolongan pertama
3	Tinggi	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cedera sedang, misal luka robek ○ Berkurangnya fungsi motorik, sensorik, psikologis atau intelektual (<i>reversibel</i>) tidak berhubungan dengan penyakit. ○ Setiap kasus yang memperpanjang rawatan.
4	Ekstrim (sangat tinggi)	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

d. Analisis penyebab insiden

Penyebab insiden dapat diketahui setelah melakukan investigasi dan analisa, baik investigasi sederhana (simple investigation) maupun investigasi komprehensif (root cause analysis/ RCA). Penyebab insiden terdiri dari yaitu:

- Penyebab langsung (*immediate atau direct cause*)

Penyebab yang langsung berhubungan dengan insiden atau dampak terhadap pasien

- Akar masalah (*root cause*)

Penyebab yang melatarbelakangi penyebab langsung (*underlying cause*)

Hasil analisis penyebab insiden maka dibagi berdasarkan tingkatan di bawah ini:

Tingkat Risiko/ Bands	Tindakan
Rendah	<ul style="list-style-type: none">○ Risiko rendah○ Lakukan investigasi sederhana paling lama 1 minggu○ Selesaikan dengan prosedur rutin
Moderat	<ul style="list-style-type: none">○ Risiko sedang,○ Lakukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu.○ Manajer atau Pimpinan Klinis sebaiknya menilai dampak terhadap biaya○ Kelola risiko
Tinggi	<ul style="list-style-type: none">○ Risiko tinggi○ Lakukan RCA paling lama 45 hari○ Kaji dengan detil

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Perlu tindakan segera ○ Perlu perhatian top manajemen
Ekstrim (sangat tinggi)	<ul style="list-style-type: none"> ○ Risiko ekstrim ○ Lakukan RCA paling lama 45 hari ○ Perlu tindakan segera ○ Perlu perhatian sampai ke Direktur

e. Rekomendasi dan solusinya.

Rekomendasi dan solusi ini merupakan penyelesaian masalah yang harus dilakukan, yang terbagi menjadi:

- Jangka pendek
- Jangka menengah
- Jangka Panjang

Contoh insiden keselamatan pasien yang dilaporkan:

- Hasil pemeriksaan urin yang abnormal untuk penderita yang salah karena kesamaan nama sehingga keterlambatan penanganan pasien.
- Digunakan peralatan yang tidak benar saat mengambil spesimen untuk pengujian laboratorium sehingga kerusakan spesimen secara tidak sengaja.
- Antimalaria yang diresepkan digunakan untuk pasien dengan pengobatan antiepilepsi yang mengakibatkan interaksi serius jika pasien tidak mendapat perawatan segera.

C. LATIHAN SOAL

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakan latihan berikut dengan cara memasangkan pertanyaan di sebelah kiri dengan jawaban yang ada di sebelah kanan.

Pertanyaan		Jawaban	
1.	Setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan cedera pada pasien disebut	A	Kejadian tidak cedera
2.	Apa yang dimaksud dengan kecacatan	B	Segala bentuk kerusakan struktur atau fungsi tubuh
3.	Suatu insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera dan mungkin disebabkan karena keberuntungan disebut	C	Insiden keselamatan pasien
4.	Faktor utama yang berpengaruh terhadap insiden keselamatan pasien adalah	D	Kondisi potensial cedera
5.	Kesalahan dalam persepsian obat-obatan LASA (Look Alike Sound Alike) disebut dengan insiden apakah	E	Karakteristik individu

D. JAWABAN SOAL

1. C
2. B
3. A
4. E
5. D

E. DAFTAR PUSTAKA

1. Hughes RG. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based

- Handbook for Nurses. Agency for Health Research and Quality. 2008.
2. Permenkes no. 11. Permenkes RI Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Dep Kesehat RI. 2017;
 3. Murray E. Nursing leadership and management for patient safety and quality care. Rhyner S, editor. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2017.
 4. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. 25 p.
 5. Whitehead D k., Weiss SA, Tappen RM. Essentials of nursing leadership and management. Fifth edit. DePaul K, Baber T, editors. F.A. Davis Company. USA: F.A. Davis Company; 2010. 1–293 p.
 6. Permenkes no. 1691. Permenkes RI No. 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Dep Kesehat RI [Internet]. 2011;(January):30–3. Available from: http://www.ghbook.ir/index.php?name&option=com_dbook&task=readonline&book_id=13650&page=73&chckhash=ED9C9491B4&Itemid=218&lang=fa&tmpl=component

MODUL 4 MANAJEMEN PENGAMBILAN KEPUTUSAN

A. KEMAMPUAN AKHIR YANG HARUS DICAPAI

Setelah mengikuti perkuliahan ini, mahasiswa diharapkan mampu

1. Mengerti dan memahami tentang latar belakang pengambilan keputusan
2. Mengerti dan memahami tentang *To Err is human*
3. Mengerti dan memahami tentang pengertian pengambilan keputusan.
4. Mengetahui dan memahami tentang jenis pengambilan keputusan.
5. Mengerti dan memahami tentang kondisi pengambilan keputusan.
6. Mengerti dan memahami tentang cara pengambilan keputusan.
7. Mengerti dan memahami tentang langkah-langkah pengambilan keputusan
8. Mengerti dan memahami tentang faktor-faktor yang mempengaruhi.
9. Mengerti dan memahami tentang implikasi pengambilan keputusan bagi perawat

B. MATERI

Modul manajemen pengambilan keputusan ini menyampaikan beberapa materi yang penting untuk diketahui oleh perawat yang akan dijabarkan di bawah ini:

1. Latar belakang manajemen pengambilan keputusan

Perawat di fasilitas pelayanan kesehatan merupakan tenaga profesional yang terus menerus ada selama 24 jam dan berhubungan dengan pasien secara langsung. Perawat memfasilitasi kebutuhan pasien baik langsung atau secara kolaborasi dengan tim kesehatan lain. Perawat dalam memfasilitasi kebutuhan pasien harus memperhatikan mutu

pelayanan dan keselamatan pasien, tetapi terkadang insiden keselamatan pasien tidak dapat dihindarkan. Perawat "*To Err is Human*" dan jika insiden keselamatan pasien terjadi maka harus segera diambil keputusan. Pengambilan keputusan pada insiden keselamatan pasien harus segera diambil untuk menjaga mutu pelayanan.

2. "*To Err is Human*"

To Err is Human, satu penyebab insiden keselamatan pasien adalah manusia atau profesional pemberi asuhan atau tenaga kesehatan. *To Err is Human* pada sistem kesehatan adalah pemberi pelayanan kesehatan yang terdiri dari sekumpulan sistem yang berinteraksi antara tenaga kesehatan dengan pelayanan di gawat darurat, rawat jalan, rawat inap dan laboratorium, farmasi serta pelayanan lain di fasilitas pelayanan kesehatan. Sekumpulan sistem tersebut dilengkapi oleh peraturan, prosedur, peralatan serta manajemen. Sistem tersebut perlu dikelola dengan baik dan pengambilan keputusan dengan cepat (1).

3. Pengertian Pengambilan Keputusan

Pengambilan keputusan adalah pilihan yang dibuat antara dua atau lebih alternatif. Ia memilih alternatif terbaik untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Pengambilan keputusan harus mempertimbangkan keuntungan dan kerugian dari setiap keputusan yang diambil. Dengan demikian pengambilan keputusan adalah proses mengidentifikasi dan memilih tindakan untuk menyelesaikan masalah tertentu (2).

4. Jenis Pengambilan Keputusan

Keputusan yang dibuat dalam layanan keperawatan dapat dikategorikan tergantung pada kriteria berikut:

- a. Berapa banyak waktu yang diperlukan manajer dalam pengambilan keputusan
- b. Berapa unit yang terlibat dalam pengambilan keputusan
- c. Permasalahan keperawatan apa yang harus difokuskan.

Berdasarkan pada pengambilan keputusan tersebut di atas, maka ada tiga klasifikasi yang harus dipertimbangkan sebagai berikut:

- a. End-means.

End: berkaitan dengan penentuan hasil individu atau organisasi yang ingin dicapai.

Means: keputusan berhubungan dengan program strategis atau operasional, kegiatan yang akan mencapai hasil yang diinginkan. Ini biasanya terjadi selama proses perencanaan manajerial, strategi dan proses perumusan tujuan

- b. Administrative – operational

Administratif: dibuat oleh manajemen senior, yang memiliki dampak signifikan di seluruh organisasi. Biasanya jenis keputusan ini berkaitan dengan kebijakan, alokasi dan pemanfaatan sumber daya.

Operasional: umumnya dibuat oleh manajer tingkat menengah dan lini pertama dan membahas kegiatan operasional sehari-hari dari organisasi tertentu.

- c. Programmed – Non programmed

Programmed: ini bersifat berulang dan rutin. Karena dapat diprogram, prosedur, aturan, dan seringkali manual dirumuskan untuk mencakup situasi-situasi tersebut.

Non programmed: unik dan tidak rutin

5. Kondisi pengambilan keputusan

- a. Kegawatdaruratan
- b. Bencana
- c. Resiko keselamatan pasien
- d. Perbaikan



6. Cara pengambilan keputusan

- a. Berdasarkan tradisi: mengambil keputusan yang sama yang telah dilakukan ketika masalah serupa muncul di masa lalu
- b. Berdasarkan kewenangan dan membuat keputusan berdasarkan saran dari atasan atau manajer yang lebih tinggi
- c. Berdasarkan prioritas: berdasarkan asumsi
- d. Pengambilan keputusan logis: adalah pendekatan rasional, cerdas dan sistematis untuk pengambilan keputusan

7. Langkah-langkah pengambilan keputusan

- a. Analisis situasi
 - 1) Menentukan masalah
 - 2) Mengidentifikasi tujuan masalah
 - 3) Mendiagnosis penyebab
- b. Mengembangkan alternatif
- c. Mengevaluasi alternatif
- d. Menerapkan dan menindaklanjuti

8. Faktor-faktor yang mempengaruhi

- a. Karakteristik pembuat keputusan
 - 1) Pengetahuan, pengalaman, dan penilaian

- 2) Persepsi dan kepribadian
- 3) Nilai dan filosofi

b. Situasi

- 1) Kepentingan suatu keputusan dan waktu
- 2) Dampak dari suatu situasi
- 3) Struktur dan risiko
- 4) Biaya yang harus dikeluarkan

c. Kendala Lingkungan

Pelayanan kesehatan sebagai sistem terbuka, sehingga saling mempengaruhi antar lingkungan eksternal dan internal, yaitu:

1) Eksternal

Faktor eksternal terdiri dari pengetahuan dasar, demografi, teknologi terbaru, kebijakan pemerintah, perekonomian, kebijakan kesehatan, kesadaran masyarakat dan iklim politik. Lingkungan eksternal merupakan suatu hal yang sangat dibutuhkan organisasi. Lingkungan eksternal ini terkadang memberikan tekanan, yang biasa disebut tekanan lingkungan eksternal.

Tekanan eksternal dapat berupa tuntutan hukum, tuntutan masyarakat terhadap mutu dan keselamatan pasien. Tekanan lingkungan eksternal lainnya berupa regulasi nasional terhadap sumber daya manusia (SDM) pada pelayanan kesehatan yaitu standarisasi profesi, penilaian kompetensi staf dan sertifikasi sedangkan untuk fasilitas kesehatan seperti rumah sakit berupa akreditasi. Fasilitas kesehatan harus siap menerima tekanan eksternal dan menjadi motivasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

2) Internal

Faktor internal merupakan faktor yang berasal dari fasilitas pelayanan kesehatan sendiri terkait kebijakan internal, sumber daya manusia (SDM), peralatan, metoda dan pembiayaan.

Faktor-faktor tersebut akan memiliki implikasi dalam pengambilan keputusan

9. Implikasi pengambilan keputusan untuk Perawat



Kegiatan pemecahan masalah, situasi kondisi dan kendala lingkungan mempengaruhi bagaimana keputusan dilakukan; sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakannya, dan kualitas keputusan akhir. Namun, pengaruh ini tidak saling eksklusif. Manajer harus mengenali atribut-atribut ini dan peka terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan, mengubah metode jika diperlukan, memodifikasi, dan meminimalkan pengaruh yang merugikan jika memungkinkan, dan mengatasi hal-hal yang tidak dapat diubah. Dengan cara ini, mereka akan mampu meningkatkan kualitas pengambilan keputusan.

Mendorong kreativitas:

- a. Pemikiran konvergen - masalahnya dibagi menjadi bagian-bagian yang lebih kecil dan lebih kecil untuk menemukan perspektif yang lebih mudah dikelola.
- b. Berpikir divergen: Pandangan seseorang tentang masalah diperluas. Masalahnya dipertimbangkan dengan cara yang berbeda.
- c. Brain storming: dalam keadaan yang menguntungkan suatu kelompok yang bekerja bersama dapat mengidentifikasi lebih banyak ide daripada individu atau kelompok individu yang bekerja secara terpisah. Ini adalah teknik yang dapat digunakan manajer untuk menciptakan aliran gagasan yang bebas



Alat Pengambilan Keputusan

Ada banyak alat. Yang paling umum adalah:

- a. Teori probabilitas: adalah kemungkinan bahwa suatu peristiwa atau hasil akan benar-benar terjadi dan memungkinkan para pembuat keputusan untuk menghitung nilai yang diharapkan untuk setiap alternatif. Nilai yang Diharapkan (EV) = Penghasilan yang akan dihasilkannya (I) x probabilitasnya menghasilkan pendapatan tersebut (P).

- b. Decision tree = adalah alat pengambilan keputusan grafis yang digunakan untuk mengevaluasi keputusan yang berisi serangkaian langkah

Keputusan untuk mengambil keputusan

- a. Apakah masalahnya mudah ditangani

Tip: hindari terjebak dalam detail sepele. Manajer yang efektif menyimpan teknik pengambilan keputusan untuk masalah yang membutuhkannya.

- b. Mungkinkah masalah menyelesaikannya sendiri

Tip: memprioritaskan dan menentukan peringkat masalah berdasarkan kepentingannya

- c. Apakah ini keputusan saya

Tip: semakin dekat dengan asal masalah, keputusan itu lebih baik. Sebelum memutuskan ajukan pertanyaan-pertanyaan berikut:

- 1) Apakah masalah ini memengaruhi departemen lain?
- 2) Apakah akan berdampak besar pada area tanggung jawab atasan?
- 3) Apakah perlu informasi lebih lanjut dari tingkat yang lebih tinggi?
- 4) Apakah ini melibatkan pelanggaran serius terhadap anggaran departemen saya?
- 5) Apakah masalah ini di luar bidang tanggung jawab atau wewenang saya?

Jika jawaban untuk semua pertanyaan ini adalah 'YA', berikan ke atasan Anda.

Hambatan yang mempengaruhi dalam Pengambilan Keputusan

- a. Mudah mengingat: semakin mudah mengingat peristiwa itu, semakin sering mereka percaya itu terjadi
- b. Pencarian mudah: tidak berupaya mencari informasi dari sumber yang sesuai
- c. Kesalahpahaman tentang masalah: Kebanyakan orang tidak mengerti sifat kejadian yang sebenarnya
- d. Kesenjangan konfirmasi
- e. Penghindaran yang disengaja: manajer memutuskan untuk tidak memutuskan atau bertindak setelah mencatat bahwa konsekuensi dari tidak bertindak tidak serius.
- f. Penghindaran defensif: Menghadapi masalah dan tidak dapat menemukan solusi yang baik berdasarkan pengalaman masa lalu, maka Manajer mencari jalan keluar. Dia mungkin membiarkan orang lain membuat keputusan. Pengundurkan diri ini dapat mencegah pertimbangan alternatif yang lebih layak.
- g. Panik: manajer merasa ditekan bukan hanya oleh masalah tetapi juga waktu

Mengatasi hambatan untuk penyelesaian masalah individu

- a. Menetapkan prioritas
- b. Memperoleh informasi yang relevan
- c. Melanjutkan sesuai prosedur dan hati-hati. Penyelesaian masalah yang dapat dilakukan dengan baik akan meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas pelayanan.

10. Kualitas Pelayanan

Kualitas pelayanan adalah tingkat baik buruknya pelayanan kesehatan yang diberikan terhadap individu atau masyarakat, berdasarkan harapan dan pengetahuan profesional (3). Kualitas sering juga disebut dengan kualitas (Quality Improvement: QI). QI disebut dengan banyak istilah yaitu *quality assurance*, *total quality*

management (TQM) atau continuous quality improvement (CQI). Menurut Donabedian, kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan sangat dipengaruhi oleh tiga variabel yaitu:

- a. Input (struktur), ialah segala sumber daya yang diperlukan untuk melakukan pelayanan kesehatan, seperti ketenagaan, pembiayaan, sarana prasarana, metode dan teknologi yang diperlukan.
- b. Proses, ialah interaksi profesional antara tenaga kesehatan dengan pasien dan keluarganya. Proses ini merupakan variable penilaian mutu yang penting.
- c. Output/ outcome, ialah hasil dari pelayanan kesehatan yang merupakan harapan perubahan yang terjadi pada pasien dan keluarganya.

Pengukuran kualitas pelayanan diawali dengan mengukur dan memecahkan masalah pada tingkat input, proses dan output. Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan diharuskan melakukan berbagai prosedur dan standar sehingga dapat menilai diri sendiri (self-assesment). Untuk menilai keberhasilan rumah sakit dalam menjaga maupun meningkatkan kualitas diperlukan indikator-indikator tertentu. Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan merupakan tempat yang memiliki risiko tinggi sehingga harus berupaya meningkatkan kualitas pelayanan (4).

Salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit adalah dengan melakukan akreditasi. Akreditasi adalah pengakuan terhadap kualitas pelayanan rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan, setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit telah memenuhi standar akreditasi (5). Akreditasi dilakukan oleh suatu badan independen seperti Komite Akreditasi

Rumah Sakit (KARS) dengan cara survei akreditasi terhadap Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS Edisi 1). Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan yang telah dilaksanakan survei dan dinilai memenuhi standar maka rumah sakit tersebut telah terakreditasi (6).

Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan wajib untuk melaksanakan akreditasi untuk melindungi masyarakat penerima layanan kesehatan. Masyarakat sebagai konsumen memiliki hak atas kenyamanan, keamanan dan keselamatan dalam mengkonsumsi barang dan/ atau jasa. Rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan sebagai pelaku usaha harus menjamin mutu barang dan/ jasa yang diproduksi dan atau diperdagangkan berdasarkan ketentuan standar kualitas barang dan/ atau jasa yang berlaku (7).

Indikator kinerja rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan merupakan salah satu indikator untuk melihat kualitas fasilitas pelayanan kesehatan. Keberhasilan suatu fasilitas pelayanan kesehatan dapat dilihat dari kinerjanya. Kinerja dari pelayanan yang telah diberikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan kepada para pelanggannya dalam periode waktu tertentu. Beberapa indikator kinerja rumah sakit sebagai fasilitas pelayanan kesehatan (8) adalah sebagai berikut:

a. *Bed Occupancy Rate* (BOR)

Merupakan persentase pemanfaatan tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini dapat memberikan gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur. Nilai parameter dari BOR yang ideal antara 60% - 85%.

Rumus BOR:

Jumlah hari perawatan : (Jumlah Tempat Tidur x Hari) x 100%

b. *Bed Turn Over* (BTO)

BTO merupakan frekuensi pemakaian tempat tidur. Menunjukkan berapa kali tempat tidur terpakai dalam satu periode. Dengan indikator ini dapat dilihat tingkat efisiensi pemakaian tempat tidur. BTO yang ideal berkisar 40 - 50 kali.

Rumus BTO :

$$\frac{(\text{Jumlah TT} \times \text{Hari}) - \text{Hari perawatan RS}}{\text{Jumlah pasien (hidup + mati)}}$$

Jumlah pasien keluar (Hidup + Mati) : Jumlah tempat tidur

c. *Length of Stay* (LOS)

LOS merupakan rata-rata lama rawat seorang pasien di rumah sakit. Selain berguna untuk menentukan tingkat efisiensi, juga dapat memberi gambaran tentang mutu pelayanan rumah sakit. Nilai LOS yang ideal adalah antara 3 - 6 hari.

d. *Turn Over Interval* (TOI)

TOI merupakan rata-rata hari tempat tidur tidak diisi dari saat diisi terakhir sampai saat diisi berikutnya. Nilai ideal TOI adalah 1 - 3 hari.

Rumus TOI :

$$\frac{\text{Jumlah Hari Perawatan (HP)}}{\text{Jumlah Tempat Tidur} \times \text{Hari}} \times 100\%$$

C. LATIHAN SOAL

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakan latihan berikut dengan cara memasangkan pertanyaan di sebelah kiri dengan jawaban yang ada di sebelah kanan.

Pertanyaan		Jawaban	
1.	Apa yang dimaksud dengan pengambilan keputusan?	A	Mengidentifikasi dan memilih tindakan untuk menyelesaikan masalah tertentu
2.	Pengambilan keputusan yang dilakukan secara rasional dan sistematis, merupakan cara pengambilan keputusan?	B	Karakteristik pembuatan keputusan
3.	Kegiatan pertama yang harus dilakukan dalam langkah-langkah pengambilan keputusan, yaitu?	C	Pengambilan keputusan logis
4.	Keputusan berhubungan dengan program strategis atau operasional merupakan bagian dari klasifikasi pengambilan keputusan?	D	Analisis situasi
5.	Nilai dan filosofi merupakan faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan dari sisi apakah?	E	End-means

D. JAWABAN SOAL

1. A
2. C
3. D

4. E
5. B

E. DAFTAR PUSTAKA

1. Hughes RG. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Agency for Health Research and Quality. 2008.
2. Craven R, Hirnle C, Jensen S. Fundamentals of nursing : human health and function. Seventh. Brandon C, editor. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
3. Whitehead D k., Weiss SA, Tappen RM. Essentials of nursing leadership and management. Fifth edit. DePaul K, Baber T, editors. F.A. Davis Company. USA: F.A. Davis Company; 2010. 1–293 p.
4. UU RI no. 44. Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Dep Kesehat RI. 2009;2009(75):31–47.
5. Permenkes no. 34. Permenkes RI No. 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit. Dep Kesehat RI. 2017;
6. KARS. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1. Kom Akreditasi Rumah Sakit. 2017;
7. UU RI no. 8. Undang-Undang RI No. 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen. Kementerian Sekr Negara RI. 1999;
8. Departemen Kesehatan RI. pedoman-pelayanan-penyelenggaraan di rumah sakit. 2008.

MODUL 5 KOMUNIKASI EFEKTIF

A. KEMAMPUAN AKHIR YANG DIHARAPKAN

Setelah mempelajari materi ini mahasiswa mampu:

1. Mengetahui dan mengerti tentang latar belakang komunikasi efektif.
2. Menyebutkan dan memahami tentang pengertian komunikasi efektif.
3. Menyebutkan dan memahami tentang sifat komunikasi.
4. Menyebutkan dan memahami tentang prinsip komunikasi.
5. Menyebutkan dan memahami tentang komunikasi - SBAR.
6. Menyebutkan dan memahami tentang handover.

B. MATERI

Modul komunikasi efektif ini menyampaikan beberapa materi yang penting untuk diketahui oleh perawat yang akan dijabarkan di bawah ini:

1. Latar Belakang

Proses komunikasi dalam pelayanan keperawatan memegang peranan yang sangat penting. Proses keperawatan sebagai metode ilmiah yang implementasi keperawatannya harus dicapai melalui dialog atau komunikasi, melalui lingkungan interpersonal dan dengan keterampilan spesifik komunikasi verbal (1). Komunikasi antara perawat dengan perawat, perawat dengan pasien, perawat dengan profesi lain terjadi setiap saat. Komunikasi yang kurang dapat menyebabkan terjadinya kesalahan dalam perawatan yang berpotensi cedera berat atau kematian pasien yang tidak diinginkan.

2. Pengertian Komunikasi Efektif

Komunikasi efektif adalah tujuan dan pesan yang diberikan pengirim sama dengan pemahaman dan interpretasi penerima. *The communication is in tune*, yaitu kedua belah pihak yang

berkomunikasi pengirim dan penerima sama-sama mengerti terhadap pesan yang disampaikan (2).



3. Sifat Komunikasi

Ditinjau dari sifatnya, komunikasi diklasifikasikan sebagai berikut:

a. Komunikasi Verbal (penyampaian pesan melalui kata-kata)

Komunikasi verbal merupakan komunikasi menggunakan kata-kata yang diucapkan. Bentuk komunikasi yang didominasi oleh bahasa dan dialek, penggunaan kontekstual bahasa, dan variasi paralanguage, seperti volume suara dan nada, intonasi, refleksi, dan kesediaan untuk berbagi pikiran dan perasaan (3). Ini adalah pertukaran menggunakan unsur-unsur bahasa. Komunikasi verbal memiliki kepentingan yang sama dengan komunikasi tertulis.

Penggunaan kata-kata khusus dan khas dalam keperawatan seringkali digunakan karena ia mendefinisikan persepsi dan realitas dari orang-orang yang dilayaninya. Perkataan yang digunakan seringkali berbeda antara satu individu dengan individu lain tergantung pada budaya, latar belakang sosio ekonomi, umur, pendidikan dan bahasa yang biasa digunakan. Perawat harus memperhatikan siapa pasien kita.

Peran penting perawat memotivasi pasien untuk melakukan perubahan perilaku yang mengarah pada peningkatan kesehatan. Penggunaan kata-kata yang berbentuk pendidikan, persuasi, dan

kadang-kadang sedikit memaksa merupakan strategi yang umum digunakan untuk keberhasilan; strategi verbal untuk memberikan dorongan, dukungan, dan umpan balik secara tepat sehingga memungkinkan pasien untuk membangun kekuatan individu dan sumber daya, bergerak ke arah tujuan mereka. Perawat dalam melakukan komunikasi verbal harus memperhatikan :

1) Ritme dan intonasi

Ritme dan intonasi harus diperhatikan karena dapat mengubah perasaan seseorang. Penerima dapat menjadi tertarik, bosan atau takut seperti berbicara secara perlahan dan lemah lembut kepada pasien yang cemas dapat membantu pasien tenang.

2) Ketepatan penggunaan kata

Kata-kata yang digunakan harus singkat dan tepat. Pesan yang singkat, pendek dan jelas lebih efektif. Hindarkan penggunaan kata-kata medis atau terminologi yang tidak dimengerti oleh pasien, seperti “Ibu, Analgetik akan diberikan sebentar lagi ya”.



3) Waktu dan kondisi

Dalam melaksanakan komunikasi dengan pasien, pastikan bahwa waktunya sesuai dan kondisi pasien mau menerima kita untuk berkomunikasi. Jangan mengajukan banyak

pertanyaan dalam satu waktu. Pesan yang disampaikan (verbal) harus sesuai dengan perilaku (non verbal).

4) Integritas/ kredibilitas

Perawat dalam melaksanakan komunikasi dengan pasien harus memiliki pengetahuan yang baik, yakin, jujur dan setiap apa yang dikatakannya dapat dipercaya.

5) Humor

Perawat harus memiliki sifat humor. Humor dapat memberikan menurunkan ketegangan jika digunakan secara hati-hati dan tepat.

b. Komunikasi tertulis

Komunikasi tertulis merupakan suatu informasi dalam bentuk tulisan atau dokumentasi kepada orang lain. Penulis memilih dan mengorganisasikan dalam bentuk kata-kata yang baik dan menyeluruh kepada pembaca. Hal ini merupakan komponen penting dalam praktek keperawatan karena dokumentasi pada catatan pasien menginformasikan penanganan dan asuhan keperawatan pasien.

c. Komunikasi nonverbal (penyampaian pesan tanpa kata-kata)

Bentuk-bentuk komunikasi yang mencakup penggunaan kontak mata, ekspresi wajah, penggunaan sentuhan, bahasa tubuh, menjaga jarak spasial, salam diterima, temporalitas dalam hal masa lalu, sekarang, atau orientasi masa depan pandangan dunia, jam terhadap waktu sosial, dan tingkat formalitas dalam penggunaan nama. Bentuk-bentuk komunikasi nonverbal sering kali berbeda antara budaya (3).

Perawat harus terampil dalam melakukan pengamatan dan menterjemahkan perilaku non verbal pasien. Komunikasi non verbal, terdiri dari :

1) Penampilan diri (fisik)

Cara berpakaian dan cara berhias memperlihatkan kondisi dan karakter dari seseorang. Apakah seseorang bersifat ceria, tenang, sedih atau bahagia, sehat atau sakit. Pasien yang sudah tua terkadang tidak dapat menjaga kebersihan diri sendiri.

2) Isyarat tangan dan badan

Penggunaan isyarat tangan dan badan untuk menunjukkan atau menekankan pada apa yang dituturkannya. Penggunaan isyarat tanpa berkata-kata untuk menunjukkan perasaan. Misalnya pasien yang sakit gigi jika tidak mampu menjawab pertanyaan akan menggunakan bahasa isyarat.

3) Ekspresi muka

Ekspresi muka merupakan salah satu informasi yang perlu diperhatikan. Apakah perasaan terkejut, marah, takut, gembira, sedih dan sebagainya. Kontak mata adalah faktor penting dalam komunikasi. Perawat harus berhati-hati dengan ekspresi perasaan sendiri ketika berkomunikasi dengan orang lain terutama pasien.

4) Posture tubuh

Cara berjalan dan membawa tubuh menunjukkan konsep diri, mood seseorang dan kondisi kesehatannya. Posture yang tegak dan aktif menunjukkan seseorang yang sehat dan bahagia. Posture yang membongkok dan perlahan, menyeret kaki menunjukkan depresi dan ketidaknyamanan fisik.

Komunikasi Nonverbal ini memiliki fungsi sebagai berikut :

- 1) Melengkapi komunikasi verbal.
- 2) Menekankan komunikasi verbal.
- 3) Melawan komunikasi verbal.

4. Prinsip Komunikasi Efektif

Komunikasi efektif adalah komunikasi yang mampu menghasilkan perubahan sikap, perilaku atau perubahan opini pada orang lain yang terlibat dalam komunikasi. Komunikasi perawat dengan perawat menyangkut hand over atau serah terima tanggung jawab, komunikasi perawat dengan dokter menyangkut kolaborasi perawatan pasien, komunikasi perawat dengan pasien menginformasikan tentang kondisi kesehatan pasien. Informasi yang tidak akurat dalam hand over atau kolaborasi perawatan pasien dapat menimbulkan kesalahan dan kejadian tidak diharapkan (KTD). Kegagalan komunikasi merupakan permasalahan yang dapat ditemukan di berbagai organisasi kesehatan. Kesalahan medis berada pada peringkat 5 dari 10 penyebab kematian teratas di Amerika Serikat karena kesalahan medis dengan penyebab utama adalah komunikasi (4).

Akibat komunikasi yang tidak baik menyebabkan penanganan pasien tertunda, salah lokasi pembedahan dan kejadian pasien jatuh. Strategi yang diterapkan oleh JCAHO dalam rangka menciptakan proses komunikasi yang efektif dengan metode **SBAR** dan **TBaK**.

5. Komunikasi Metode SBAR

Metode komunikasi SBAR merupakan metode komunikasi yang memberikan urutan logis, terorganisir dan meningkatkan proses komunikasi untuk memastikan keselamatan pasien (5).

SBAR adalah sebagai berikut:

S : Situation (situasi)

- Sebutkan nama anda dan nama departemen.
- Sebutkan nama pasien, umur, diagnosis medis, dan tanggal masuk.
- Jelaskan secara singkat masalah kesehatan pasien atau keluhan utama, termasuk skor nyeri.

Birmingham Children's Hospital		Emergency Department		Handover Tool	
NURSING	Date :			Time :	
	S	Presenting Complaint:			
	Infectious Status:				
B	PMH/Background:				
	Learning Disability /CAMHS			Measures in place	
	Previous / Current Safeguarding Concerns			Social Worker	
	Treatment so far:				
A	PEWS Chart	Y	N	Score	
	Nursing Concerns			Pain Score	Pain R/V time
R	Outstanding Tasks				
	Plan of Care/next r/v				
	Name	Designation		Signature	
Handing over					
Receiving					

B : Background (latar belakang)

- Sebutkan riwayat alergi, obat-obatan dan cairan infus yang digunakan.
- Jelaskan pemeriksaan yang mendukung dan hasil laboratorium.
- Jelaskan informasi klinik yang mendukung tanda vital pasien.

A : Assessment (Pengkajian)

- Jelaskan secara lengkap hasil pengkajian pasien terkini seperti status mental, status emosional, kondisi kulit dan saturasi oksigen, dan lain-lain .

- Informasikan kemungkinan masalah, seperti gangguan pernafasan, gangguan neurologi, gangguan perfusi dan lain-lain.

R : Recommendation (rekomendasi)

- Usulkan *Case manager* untuk melihat pasien, pastikan jam kedatangannya.
- Tanyakan asuhan keperawatan selanjutnya.

Kelebihan SBAR

Metode SBAR sangat baik digunakan dalam proses serah terima atau handover, karena

- 1) Menyediakan cara yang efektif dan efisien untuk menyampaikan informasi dan serah terima
- 2) Menawarkan cara sederhana untuk membakukan komunikasi dengan menggunakan elemen komunikasi SBAR
- 3) Menghindari kesalahan dalam proses komunikasi serah terima pasien.
- 4) Menciptakan metode yang sama dalam proses serah terima.

6. Handover Pasien

a. Pengertian Handover atau serah terima

Handover merupakan komunikasi antara perawat untuk serah terima tanggung jawab pasien karena pergantian tugas jaga atau shift. Pada pergantian tugas jaga perawat maka akan terjadi alih tanggung jawab melalui pertukaran informasi mengenai kondisi pasien antara perawat yang selesai melaksanakan tugas dengan perawat yang akan melaksanakan tugas. Proses handover terdiri dari serah terima kondisi pasien di nurse station dan keliling ke ruangan perawatan untuk mengetahui kondisi pasien yang diserahterimakan. Perawat yang telah selesai melaksanakan

tugas menjelaskan perkembangan pasien, masalah dan rencana asuhan yang harus dilakukan.



b. Tujuan Handover

Handover bertujuan untuk menyampaikan informasi dari setiap pergantian shift serta memastikan efektifitas dan keamanan dalam perawatan pasien. Keselamatan pasien merupakan komponen penting dan vital dalam asuhan keperawatan yang berkualitas, karena keselamatan pasien merupakan suatu langkah untuk memperbaiki mutu pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan (6).

c. Langkah-langkah Handover

Handover dapat dilakukan ketika pertukaran shift, misalnya dari shift pagi ke shift siang atau ketika perpindahan pasien dari satu unit ke unit yang lain, misalnya dari Instalasi Gawat Darurat (IGD) ke Ruang Rawat Inap (Ranap)

- 1) Kedua kelompok perawat dalam keadaan sudah siap, baik ketika pergantian shift atau pun ketika akan memindahkan pasien.
- 2) Perawat dari shift sebelumnya atau perawat dari unit lain yang akan menyerahkan harus menyiapkan hal-hal yang akan disampaikan.

- 3) Perawat primer menyampaikan kepada perawat penanggung jawab shift selanjutnya atau perawat dari unit lain kepada unit tempat pasien pindah meliputi:
 - a) Kondisi atau keadaan pasien secara umum.
 - b) Tindak lanjut untuk dinas yang menerima operan.
 - c) Rencana kerja untuk dinas yang menerima laporan.
 - 4) Penyampaian serah terima di atas harus dilakukan secara jelas dan tidak terburu-buru.
 - 5) Perawat primer dan anggota kedua shift atau perawat dari unit lain bersama-sama secara langsung melihat keadaan pasien.
- d. Prosedur Handover atau serah terima
- 1) Persiapan
 - a) Kedua kelompok dalam keadaan siap.
 - b) Kelompok yang akan bertugas atau yang akan menerima harus menyiapkan buku catatan.
 - 2) Pelaksanaan dalam penerapannya, dilakukan serah terima kepada masing-masing penanggung jawab:
 - a) Serah terima dilaksanakan setiap pergantian shift atau perpindahan pasien dari satu unit ke unit lain.
 - b) Dari nurse station perawat berdiskusi untuk melaksanakan timbang terima dengan mengkaji secara komprehensif yang berkaitan tentang masalah keperawatan klien, rencana tindakan yang sudah dan belum dilaksanakan serta hal-hal penting lainnya yang perlu dilimpahkan.
 - c) Hal-hal yang sifatnya khusus dan memerlukan perincian yang lengkap sebaiknya dicatat secara khusus untuk kemudian diserahkan kepada perawat yang berikutnya. Pada waktu handover harus ada komunikasi dua arah.

d) Hal-hal yang perlu disampaikan pada saat serah terima adalah :

- Identitas klien dan diagnosa medis.
- Masalah keperawatan yang kemungkinan masih muncul.
- Tindakan keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan.
- Intervensi kolaborasi dan dependen.
- Rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan dalam kegiatan selanjutnya, misalnya operasi, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan penunjang lainnya, persiapan untuk konsultasi atau prosedur lainnya yang tidak dilaksanakan secara rutin.

e) Perawat yang melakukan serah terima dapat melakukan pengecekan terhadap pasien yang diterima, klarifikasi, tanya jawab dan melakukan validasi terhadap hal-hal yang kurang jelas penyampaian pada saat serah terima secara singkat dan jelas.

f) Lama serah terima untuk setiap klien tidak lebih dari 5 menit kecuali pada kondisi khusus dan memerlukan penjelasan yang lengkap dan rinci.

g) Dokumentasi baik rekam medis pasien atau buku laporan ruangan ketika serah terima harus dituliskan secara langsung oleh perawat penerima dan ditandatangani oleh kedua kelompok yang melimpahkan pasien dan yang menerima pasien.

e. Dokumentasi dalam handover atau serah terima

Dokumentasi adalah salah satu alat yang sering digunakan dalam komunikasi keperawatan. Hal ini digunakan untuk memvalidasi asuhan keperawatan, sarana komunikasi antar tim kesehatan, dan merupakan dokumen pasien dalam pemberian asuhan keperawatan. Ketrampilan dokumentasi yang efektif memungkinkan perawat untuk mengkomunikasikan kepada tenaga kesehatan lainnya dan menjelaskan apa yang sudah, sedang, dan akan dikerjakan oleh perawat. Yang perlu di dokumentasikan dalam timbangan terima antara lain:

- 1) Identitas pasien.
- 2) Diagnosa medis pasien.
- 3) Dokter yang menangani.
- 4) Kondisi umum pasien saat ini.
- 5) Masalah keperawatan.
- 6) Intervensi yang sudah dilakukan.
- 7) Intervensi yang belum dilakukan.
- 8) Tindakan kolaborasi.
- 9) Rencana umum dan persiapan lain.
- 10) Tanda tangan dan nama terang.

C. LATIHAN SOAL

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakan latihan berikut dengan cara memasangkan pertanyaan di sebelah kiri dengan jawaban yang ada di sebelah kanan.

Pertanyaan		Jawaban	
1.	Mengapa komunikasi efektif penting dalam keselamatan pasien	A	Melakukan pengkajian terhadap pasien
2.	Apa yang dimaksud B dalam metode SBAR	B	Mengetahui latar belakang pasien

3.	Aktivitas apa yang harus dilakukan pada A dalam metode SBAR	C	Memvalidasi asuhan keperawatan
4.	Apa tujuan dari handover	D	Menghindarkan terjadinya kesalahan dalam perawatan
5.	Mengapa dokumentasi penting dalam pelaksanaan handover	E	Menyampaikan informasi dari setiap pergantian shift

D. JAWABAN SOAL

1. D
2. B
3. A
4. E
5. C

E. DAFTAR PUSTAKA

1. Craven R, Hirnle C, Jensen S. Fundamentals of nursing : human health and function. Seventh. Brandon C, editor. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
2. Berman A, Snyder S. Fundamentals of nursing : concepts, process, and practice. Ninth. Sweeney L, editor. New York: Pearson Education, Inc; 2012.
3. Douglas MK, Pierce JU, Rosenkoetter M, Pacquiao D, Callister LC, Hattar-Pollara M, et al. Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care: 2011 Update. J Transcult Nurs [Internet]. 2011;22(4):317–33. Available from: <http://tcn.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1043659611412965>
4. Beckett CD, Kipnis G. iCollaborative communication: integrating SBAR to improve quality/patient safety outcomes. J Healthc Qual. 2009;31(5):19–28.

5. Stewart KR, Hand KA. SBAR, communication, and patient safety: An integrated literature review. *Medsurg Nurs*. 2017;26(5):297–305.
6. De Meester K, Verspuy M, Monsieurs KG, Van Bogaert P. SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation* [Internet]. 2013;84(9):1192–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.resuscitation.2013.03.016>



Universitas
Esa Unggul

MODUL 6

KOLABORASI INTERPROFESIONAL

A. KEMAMPUAN AKHIR YANG DIHARAPKAN

Setelah mempelajari materi ini mahasiswa mampu:

1. Mengetahui dan mengerti tentang latar belakang kolaborasi interprofesional.
2. Menyebutkan dan memahami tentang pengertian kolaborasi interprofesional.
3. Menyebutkan dan memahami tentang karakteristik kolaborasi interprofesional.
4. Menyebutkan dan memahami tentang prinsip kolaborasi interprofesional.
5. Menyebutkan dan memahami tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kolaborasi interprofesional.

B. MATERI

Modul kolaborasi interprofesional ini menyampaikan beberapa materi yang penting untuk diketahui oleh perawat yang akan dijabarkan di bawah ini:

1. Latar Belakang

Perawat sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan harus mampu melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain, karena dalam memenuhi kebutuhan pasien selain dilakukan secara mandiri dapat juga dilakukan secara berkolaborasi. Pasien merupakan fokus dari pelayanan. Perawat dalam melaksanakan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain memerlukan pengetahuan dan kemampuan yang baik agar dapat terlaksana dengan baik. Pelaksanaan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain yang tidak dilaksanakan dengan baik akan berdampak pada keselamatan pasien.

2. Pengertian Kolaborasi Interprofesional

Kolaborasi merupakan suatu kerjasama antar tim tenaga kesehatan secara kolaboratif dan saling berkoordinasi untuk membuat keputusan bersama mengenai perawatan klien (1). Kolaborasi merupakan salah satu bentuk proses sosial yang bertujuan untuk mencapai tujuan bersama dengan saling membantu dan saling memahami aktivitas satu sama lain. Selain itu kolaborasi merupakan proses berpikir dan merefleksikan serta mengembangkan *skill* untuk memenuhi kebutuhan pasien, keluarga atau populasi (2).



Kolaborasi interprofesional adalah ketika tenaga kesehatan yang berasal dari beberapa latar belakang profesi yang berbeda bekerjasama dengan pasien, keluarga, pengasuh, ataupun komunitas untuk meningkatkan kualitas pelayanan (3). Tenaga kesehatan dikenal dengan sebutan Profesional Pemberi Asuhan (PPA). Kolaborasi interprofesional merupakan suatu proses kerjasama tim tenaga kesehatan dengan pasien, keluarga, pengasuh, ataupun komunitas yang bekerja saling membantu,

melengkapi, dan berkoordinasi untuk membuat keputusan bersama, merumuskan dan melaksanakan tindakan perawatan. Fokus pelayanan yang diberikan oleh PPA adalah pasien. (4).

3. Pasien Fokus dalam Kolaborasi Interprofesional

Seiring dengan perkembangan masyarakat maka dalam pelayanan kesehatan juga terjadi pergeseran. Pelayanan yang awalnya berfokus pada tenaga kesehatan berubah menjadi pelayanan berfokus pada pasien. Pelayanan berfokus pada pasien adalah pemberian asuhan keperawatan berpusat pada pasien daripada berpusat pada perawat sebagai profesional pemberi asuhan (PPA). Pelayanan berfokus pada pasien merupakan pendekatan untuk perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi asuhan keperawatan berdasarkan kolaborasi yang saling menguntungkan antara profesional pemberi asuhan (PPA), pasien dan keluarga. Pelayanan berfokus pada pasien termasuk pelayanan keperawatan dapat meningkatkan kepuasan pada pasien.



Perawat yang memberikan asuhan keperawatan merupakan tim keperawatan yang sejak pasien masuk ke fasilitas pelayanan kesehatan sampai pasien diperbolehkan pulang adalah tim yang

sama. Perawat harus meningkatkan waktu kunjungan ke pasien. Pelayanan berfokus pada pasien dapat menurunkan biaya kesehatan dan meningkatkan kualitas layanan. Semua professional pemberi asuhan (PPA) harus memperhatikan keselamatan pasien. Profesional pemberi asuhan (PPA), manajemen dan tenaga administrasi bekerja sama serta harus dilengkapi dengan kebijakan dari fasilitas pelayanan kesehatan (5).

Pada pelayanan berfokus pada pasien, perawat memberikan edukasi dan informasi terkait kondisi kesehatan pasien. Perawat harus menjadi advokasi dan mendorong pasien untuk bekerja sama dalam semua perawatannya. Pelayanan berfokus pada pasien menekankan pada kolaborasi, perencanaan perawatan pasien untuk berbagai usia dan penyakit dengan memperhatikan hal-hal berikut:

a. Martabat dan rasa hormat:

Perawat sebagai profesional pemberi asuhan (PPA) harus mendengarkan dan menghormati pasien dan keluarga, dan keyakinan, kepercayaan, dan latar belakang budaya pasien dan keluarga diintegrasikan ke dalam perencanaan dan pemberian perawatan.

b. Berbagi informasi:

Perawat sebagai profesional pemberi asuhan (PPA) harus mengkomunikasikan dan berbagi semua informasi dengan pasien dan keluarga pada waktu yang tepat. Pasien dan keluarga menerima informasi yang komprehensif dan akurat untuk berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan secara efektif.

c. Partisipasi:

Pasien dan keluarga didorong dan didukung untuk berpartisipasi dalam perawatan dan pengambilan keputusan di tingkat yang mereka pilih.

d. Kolaborasi:

Pasien dan keluarga serta profesional pemberi asuhan (PPA) harus berkolaborasi dalam pengembangan, implementasi, dan evaluasi kebijakan dan program; desain fasilitas perawatan kesehatan; pendidikan profesional; dan pemberian perawatan.

Perawat sebagai profesional pemberi asuhan (PPA) memiliki posisi yang strategis untuk menjadi fasilitator dalam mengintegrasikan pelayanan berfokus pada pasien. Hubungan perawat - pasien dibangun atas rasa saling percaya, saling menghormati, dan komunikasi. Pada pelayanan berfokus pada pasien dan keluarga, perawat berkomunikasi secara efektif dengan pasien dan keluarganya, dan memberikan semua informasi yang diperlukan untuk dibuat oleh pasien.



Profesional Pemberi Asuhan harus bermitra dengan pasien untuk mendisain bersama pasien dan keluarga merencanakan perawatan dan pengobatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Pasien menjadi titik fokus dalam perawatan kolaborasi interprofesional kesehatan akan memiliki dampak yang signifikan terhadap kualitas pengobatan dan perawatan pasien, biaya yang harus dikeluarkan selama perawatan, ketergantungan terhadap layanan kesehatan, kepatuhan pengobatan, serta pencapaian tujuan asuhan perawatan. Perawat sebagai PPA dalam memberikan asuhan keperawatan dapat dilakukan secara mandiri, seperti merelaksasikan pasien dan memberikan motivasi serta sentuhan rasa nyaman. Pelayanan berfokus pada pasien bukan hanya memiliki dampak yang signifikan terhadap pencapaian tujuan asuhan keperawatan tetapi berdampak pada keselamatan pasien.



Keselamatan pasien sebagai isu yang harus dipahami dan dilaksanakan oleh seluruh profesional pemberi asuhan (PPA) dalam memberikan pelayanan terhadap pasien. Beberapa kejadian membahayakan disebabkan oleh beban kerja yang tinggi dan tidak adanya kerjasama antar tenaga kesehatan atau kolaborasi

interprofesional. Kolaborasi interprofesional memiliki banyak manfaat serta keuntungan yang didapat apabila diterapkan dengan baik, misalnya dapat meningkatkan tujuan asuhan keperawatan dan menghemat biaya dalam perawatan serta meminimalkan *medical error*.

4. Karakteristik Kolaborasi Interprofesional

Kolaborasi interprofesional memiliki karakteristik sebagai berikut:

- a. Memiliki tujuan yang jelas dan komitmen untuk mencapai tujuan bersama.
- b. Memahami peran dan tanggung jawab
- c. Adanya komunikasi yang jelas dan teratur
- d. Saling percaya, menghormati, dan saling mendukung
- e. Pengakuan dan penghargaan dari kontribusi
- f. Kepemimpinan yang efektif
- g. Memiliki struktur organisasi yang tepat dan adanya pertemuan rutin.

5. Prinsip Kolaborasi Interprofesional

Tenaga kesehatan dalam melaksanakan kolaborasi interprofesional harus memahami prinsip sebagai berikut:

- a. Pelayanan berfokus pada pasien (*patient-centered care*)
Pasien merupakan fokus dari seluruh pelayanan kesehatan yang diberikan. Semua tindakan yang dilakukan harus sesuai dengan kebutuhan dari pasien sesuai dengan asesmen pelayanan terintegrasi yang sudah dilakukan sebelumnya. Atas dasar tersebut maka semua tenaga kesehatan harus memahami hal tersebut.
- b. Hubungan profesional pemberia asuhan (PPA) -pasien yang baik
Adanya kepercayaan dan saling menghormati merupakan suatu landasan dari pelayanan terintegrasi. Kepercayaan ini didasarkan pada prinsip-prinsip etika yang memandu profesi.

Model pelayanan kolaborasi harus mendukung hubungan pasien-dokter. Sebuah Kode Etik umum harus memandu praktek tim kolaborasi kesehatan.

c. Pemimpin yang efektif

Suatu tim yang efektif memerlukan seorang pemimpin yang dapat memastikan fungsi tim berjalan dengan baik, memfasilitasi dalam pengambilan keputusan terutama pada situasi yang muncul ataupun kompleks, serta bertanggung jawab untuk memaksimalkan keahlian untuk memberikan pelayanan komprehensif pada pasien.

d. Rasa saling menghormati

Melayani kebutuhan kesehatan pasien perlu adanya interaksi yang saling berkolaborasi dan saling menghormati serta kepercayaan untuk memastikan bahwa fungsi tim efisien dan memaksimalkan kontribusi dari semua tim kesehatan. Peningkatan empati dapat menyebabkan peningkatan komunikasi dan hubungan terapeutik antara perawat dan pasien. Empati dibangun untuk mendukung pelayanan berfokus pada pasien dan peningkatan outcome pasien, baik asuhan pasien maupun kepuasan pasien (6).

e. Komunikasi yang efektif

Memastikan pelayanan kolaborasi yang aman dan terkoordinasi, komunikasi yang efektif dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Semua profesional pemberi asuhan (PPA) bertanggung jawab untuk memastikan pasien menerima pesan tepat waktu, jelas dan konsisten. Perawat harus mampu mengkomunikasikan kondisi pasien dengan baik karena perawat merupakan tenaga kesehatan yang berada dengan pasien selama 24 jam.

- f. Terdapat kejelasan peran dan lingkup pelayanan kesehatan Kolaborasi interprofesional agar dapat berjalan dengan baik dan efisien harus memiliki pembagian tugas yang jelas dan memiliki lingkup praktek, peran dan tanggung jawab masing-masing profesi kesehatan agar tidak memperluas cakupan praktek.
- g. Kejelasan tanggung jawab
Pasien sebagai fokus dari pelayanan kesehatan. Pelaksanaan kolaborasi memerlukan kejelasan tanggung jawab dari setiap tenaga kesehatan dan dapat dipercaya atas pelayanan yang mereka berikan dan untuk kesejahteraan pasien. Karena jika dalam berkolaborasi profesional pemberia asuhan (PPA) tidak mengetahui dan memahami tanggung jawabnya maka akan terjadi kejadian tidak diharapkan.
- h. Perlindungan kesalahan untuk seluruh anggota tim
Semua anggota tim kolaborasi harus memiliki perlindungan yang memadai dan atau asuransi untuk mengakomodasi ruang lingkup praktek, peran masing-masing, dan tanggung jawab dalam tim kolaborasi kesehatan.
- i. Sumber Daya Manusia dan fasilitas yang memadai
Kolaborasi interprofesional yang baik memerlukan tenaga kesehatan dan fasilitas pendukung yang memadai termasuk teknologi informasi yang diperlukan sehingga pemberian pelayanan terhadap pasien menjadi optimal. Setiap profesional pemberia asuhan (PPA) harus memiliki kewenangan klinis yang jelas dan memiliki surat tanda registrasi serta ada standar operasional prosedur dalam melaksanakan aktivitasnya untuk keselamatan pasien.

- j. Pembiayaan dan pengaturan pembayaran yang memadai
Profesional pemberia asuhan (PPA) sebagai pelaksana kolaborasi interprofesional harus diberikan penghargaan yang baik serta pengaturan yang sesuai dengan tanggung jawab dan kinerjanya.

- k. Sistem edukasi yang baik
Setiap profesional pemberia asuhan (PPA) harus terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya sesuai dengan perkembangan teknologi kedokteran dan tuntutan pasien atau masyarakat.

- l. Penelitian dan evaluasi
Penelitian dan evaluasi model kolaborasi yang efektif dalam hasil kesehatan, pasien, dan pelayan kesehatan, dan biaya pelayanan kesehatan harus terus berjalan, transparan, dan didukung pemerintah.

6. Faktor-faktor yang mempengaruhi kolaborasi interprofesional

Kolaborasi interprofesional sebagai kerjasama antar tenaga kesehatan merupakan hal yang penting pelaksanaannya dalam pemberian pelayanan kesehatan terhadap pasien. Kerjasama sama ini harus dilaksanakan dengan baik. Keberhasilan dari kerjasama ini dipengaruhi oleh berbagai faktor berikut:

a. Budaya

Budaya yang paling mempengaruhi jalannya kolaborasi. Budaya merupakan warisan sosial diturunkan dari generasi ke generasi di masyarakat yang menyebabkan perbedaan pemikiran dan perilaku dari kelompok satu dengan kelompok lainnya. Budaya itu sendiri terdiri atas keyakinan, nilai-nilai, dan kebiasaan serta

perilaku. Perbedaan budaya menghambat jalannya kolaborasi interprofesional.

Para profesional pemberi asuhan (PPA) menciptakan lingkungan yang kondusif dan mendukung pelaksanaan pelayanan berfokus pada pasien. Perlu perubahan kritis dalam budaya kerja profesional yaitu meningkatkan mutu pelayanan berfokus dan berkolaborasi dengan pasien dan keluarga (6).

b. Bahasa

Penggunaan terminologi bahasa yang digunakan harus sama dan harus dipahami oleh semua profesional pemberi asuhan (PPA) karena ketidakkonsistenan dalam terminologi bahasa menjadi penghambat dalam kolaborasi interprofesional. Setiap PPA harus diberikan informasi terkait kebijakan penggunaan terminologi.

c. Pengetahuan

Semua profesional pemberi asuhan (PPA) harus memiliki pengetahuan yang baik terkait dengan kolaborasi interprofesional. Profesional pemberi asuhan (PPA) juga harus memahami tentang peran masing-masing dari profesinya tetapi semua tujuan dari kolaborasi interprofesional ini harus berfokus pada pasien. Perawat yang telah mendapat pelatihan terkait dengan penerapan pelayanan berfokus pada pasien menunjukkan peningkatan persepsi dan otonomi yang bermakna. Pelaksanaan pelayanan berfokus pada pasien perlu ada pemantauan dari manajer agar dapat berhasil secara optimal (7).

d. *Power*

Power sebagai kapasitas seseorang untuk mendapatkan hal yang diinginkan melalui pemaksaan, otoritas dari profesi atau organisasi. Salah satu contohnya adalah kekuasaan seorang senior terhadap juniornya yang menganggap bahwa senior lebih berpengalaman sedangkan junior masih belum memiliki pengalaman. Ketidaksetaraan kekuasaan tersebut dapat menyebabkan hambatan pada kinerja, maupun interaksi dan hubungan tiap anggota tim kolaborasi profesional pemberi asuhan (PPA) menjadi minimal. Selain itu, hal tersebut juga dapat menyebabkan kecemburuan, kebencian atau dendam, bahkan konflik.

e. Kecemasan

Pelaksanaan kolaborasi interprofesional menyebabkan kecemasan yang tidak disadari terutama bagi perawat yang baru, sehingga banyak dari mereka defensif untuk mempertahankan dirinya. Perawat perlu diberikan pelatihan agar mampu melakukan kolaborasi interprofesional dengan baik. Perawat juga harus terus diingatkan dan dipantau dalam pelaksanaannya agar meningkatkan kepercayaan dirinya.

C. LATIHAN SOAL

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakan latihan berikut dengan cara memasang pertanyaan di sebelah kiri dengan jawaban yang ada di sebelah kanan.

Pertanyaan		Jawaban	
1.	Apa yang dimaksud dengan kolaborasi interprofesional	A	Suatu proses kerjasama tim tenaga kesehatan dengan pasien, keluarga dan komunitas

2.	Mengapa keselamatan pasien menjadi isu global	B	Tenaga kesehatan perlu untuk bekerja sesuai dengan kemampuan dan keahliannya
3.	Kolaborasi interprofesional harus dilakukan komunikasi secara efektif	C	Karena banyak kejadian yang tidak diharapkan menimpa pada pasien
4.	Budaya sebagai faktor yang mempengaruhi kolaborasi interprofesional	D	Untuk mencegah terjadinya kejadian yang tidak diharapkan
5.	Perlu ada kejelasan peran dan tanggung jawab	E	Keyakinan dan nilai-nilai pasien dan tenaga kesehatan

F. JAWABAN SOAL

1. A
2. C
3. D
4. E
5. B

G. DAFTAR PUSTAKA

1. Bridges DR, Davidson RA, Odegard PS, Maki I V., Tomkowiak J. Interprofessional collaboration: Three best practice models of interprofessional education. *Med Educ Online*. 2011;16(1):1–10.
2. Goldsberry JW. Advanced practice nurses leading the way: Interprofessional collaboration. *Nurse Educ Today*. 2018;65(June 2017):1–3.
3. Gittell JH, Godfrey M, Thistlethwaite J. Interprofessional collaborative practice and relational coordination: Improving healthcare through relationships. *J Interprof Care*. 2013;27(3):210–3.
4. Reeves S, Pelone F, Harrison R, Goldman J, Zwarenstein M. Interprofessional collaboration to improve professional practice and

- healthcare outcomes (Review). *Cochrane Libr.* 2017;(6):10–3.
5. Murray E. Nursing leadership and management for patient safety and quality care. Rhyner S, editor. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2017.
 6. Santana MJ, Manalili K, Jolley RJ, Zelinsky S, Quan H, Lu M. How to practice person-centred care: A conceptual framework. *Heal Expect.* 2018;21(2):429–40.
 7. Rubashkin N, Warnock R, Diamond-Smith N. A systematic review of person-centered care interventions to improve quality of facility-based delivery. *Reprod Health.* 2018;15(1):1–22.

MODUL SESI 7

ASUHAN KEPERAWATAN PENCEGAHAN PASIEN JATUH

A. KEMAMPUAN AKHIR YANG HARUS DICAPAI

Setelah mempelajari materi ini mahasiswa mampu:

1. Mengetahui dan mengerti tentang latar belakang Asuhan Keperawatan Pencegahan Pasien Jatuh
2. Menyebutkan dan memahami tentang pengertian Jatuh pada pasien
3. Menyebutkan dan memahami tentang faktor-faktor resiko jatuh.
4. Menyebutkan dan memahami tentang Pencegahan Jatuh.
5. Menyebutkan dan memahami tentang Manajemen Kejadian setelah jatuh.

B. MATERI

Modul asuhan keperawatan pencegahan pasien jatuh ini menyampaikan beberapa materi yang penting untuk diketahui oleh perawat yang akan dijabarkan di bawah ini:

1. Latar belakang dekubitus

Falls atau pasien jatuh merupakan insiden di rumah sakit yang sering terjadi dan dapat mengakibatkan cedera serius dan kematian. Pasien jatuh merupakan *adverse event* kedua terbanyak dalam institusi perawatan kesehatan setelah kesalahan pengobatan/ *medication errors* (AHRQ). Insiden pasien jatuh tidak hanya berdampak kepada fisik pasien tetapi juga dampak keuangan yang ditanggung pasien dan rumah sakit.

Permasalahan pasien jatuh telah menjadi perhatian penting bagi pemerintah dalam pelayanan pasien di rumah sakit yang tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 1691 Tahun 2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit, bab 4 pasal 8 yaitu setiap rumah

sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien. Salah satu dari enam sasaran keselamatan pasien adalah pengurangan risiko pasien jatuh (1).

2. Pengertian Jatuh Pada Pasien

Jatuh adalah suatu peristiwa di mana seseorang mengalami jatuh karena tidak disengaja atau tidak direncanakan dengan arah jatuh ke lantai yang mencederai atau tidak mencederai dirinya. Jatuh adalah suatu kejadian yang mengakibatkan seseorang mendadak terbaring atau terduduk di lantai atau tempat yang lebih rendah dengan atau tanpa kehilangan kesadaran atau luka (2).

Risiko jatuh adalah pasien yang berisiko untuk jatuh yang umumnya disebabkan oleh faktor lingkungan dan faktor fisiologis yang dapat berakibat cedera. Pasien dengan risiko jatuh harus diidentifikasi dan harus dilakukan pengkajian untuk mengurangi tingkat pasien jatuh antara lain pasien lanjut usia (lansia), anak-anak dan lain-lain.

3. Faktor-faktor resiko jatuh

Terjadinya jatuh dapat ditentukan oleh faktor-faktor di bawah ini:

a. Faktor Intrinsik, dibagi menjadi 3 faktor yaitu:

1) Faktor host (tubuh kita).

Faktor host merupakan faktor yang terjadi dalam tubuh kita atau kondisi tubuh kita. Kondisi tubuh yang dapat menyebabkan terjadinya jatuh diantaranya:

- a) disabilitas,
- b) berbagai penyakit seperti stroke dan TIA, arthritis, parkinson, kekakuan alat gerak, depresi, gangguan sistem kardiovaskuler (syncope) yang mengakibatkan kelemahan tubuh sebagian atau secara keseluruhan.
- c) perubahan neuromuskuler,

- d) gangguan keseimbangan,
- e) gangguan muskuloskeletal (berjalan) dan refleksi postural,

2) Faktor Lanjut Usia (Lansia)

Lanjut usia (lansia) merupakan suatu proses perkembangan manusia yang mengalami penuaan seiring dengan peningkatan usia. Lansia umumnya mengalami penurunan pendengaran, penurunan visus atau penglihatan lainnya seperti katarak, penurunan mental, penurunan fungsi indra yang lain dan lambatnya pergerakan (3).



Petugas kesehatan harus menyadari jika yang jatuh adalah lansia maka intervensi yang diperlukan tidak hanya mencegah agar tidak cedera lebih lanjut tetapi mengurangi morbiditas dan mortalitas. Penyebab terjadinya jatuh pada lansia umumnya disebabkan faktor berikut:

a) Kecelakaan.

Kecelakaan pada lansia merupakan penyebab jatuh yang sering yaitu 30 - 50%, seperti terpelesat dan tersandung. Hal tersebut selain karena lingkungan yang kurang baik, disebabkan juga oleh proses penuaan akibat penglihatan kabur.

- b) Penyakit vestibular
Penyakit pada sistem saraf pusat sehingga menyebabkan nyeri kepala atau vertigo.
- c) Sinkop, hilang kesadaran mendadak.
- d) *Drop attacks*.
Drop attacks merupakan kelemahan tungkai bawah secara mendadak sehingga menyebabkan jatuh tanpa kehilangan kesadaran.
- e) Hipotensi *orthostatic*
Hipotensi *orthostatic* merupakan penurunan tekanan darah akibat hipovolemia atau cardiac output yang rendah, disfungsi otonom, gangguan aliran darah balik vena, tirah baring lama, hipotensi akibat obat-obatan dan hipotensi postprandial (hipotensi yang terjadi sesudah makan).
- f) Obat-obatan.
Obat-obatan yang sering menjadi faktor risiko jatuh adalah diuretik, antihipertensi, antidepresi golongan trisiklik, sedatif, antipsikotik, hipoglikemia dan alkohol.
- g) Proses penyakit
Lansia seringkali mengidap penyakit degeneratif, seperti:
- Kardiovaskular: aritmia, penyakit katup jantung (stenosis aorta), sinkop dan sinus carotid.
 - Neurologis: TIA, strok akut, gangguan kejang, penyakit parkinson, spondilosis lumbar atau servikal (dengan kompresi pada korda spinalis atau cabang saraf), penyakit serebelum, hidrosefalus tekanan normal (gangguan gaya berjalan), lesi pada sistem saraf pusat (tumor, hematoma subdural).

h) Idiopatik.

Idiopatik merupakan jatuh yang tidak dapat diidentifikasi faktor penyebabnya.

3) Faktor aktifitas.

Laki-laki dengan mobilitas tinggi, postur yang tidak stabil, mempunyai risiko jatuh sebesar 4,5 kali dibandingkan dengan yang tidak aktif atau aktif tetapi dengan postur yang stabil. Penelitian terhadap 4.862 penderita yang dirawat di rumah sakit atau panti jompo, didapatkan penderita dengan risiko jatuh paling tinggi adalah penderita aktif, dengan sedikit gangguan keseimbangan.

4) Faktor obat-obatan.

Jatuh dapat disebabkan oleh hampir seluruh obat yang bekerja untuk sirkulasi atau pengobatan bagian kepala. Pengurangan dosis atau penghentian pengobatan terkadang risikonya lebih tinggi dari pada manfaatnya untuk mencegah terjadinya jatuh. Jumlah jenis obat yang diminum merupakan dapat menjadi faktor risiko terjadinya jatuh. 4 jenis obat atau lebih akan meningkatkan risiko jatuh. Jatuh akibat terapi obat dinamakan **jatuh iatrogenik**.

Jenis obat-obatan yang dapat meningkatkan risiko jatuh terdiri dari:

a) Obat-obat Psikotropika, terutama benzodiazepine (hindarkan penghentian mendadak pada pasien yang sudah terbiasa mengkonsumsi rutin), antidepresan, obat-obat yang digunakan untuk psikosis dan agitasi, opiate, antiepilepsi, fenotiazin, antihistamin yang menyebabkan sedasi dan relaksasi otot.

- b) Obat yang menyebabkan hipotensi ortostatik atau hipotensi umum, bradikardia, takikardia, atau periode asistol meliputi inhibitor angiotensin converting enzyme (inhibitor ACE); bloker reseptor alfa; beta dan angiotensin II, diuretic thiazide dan diuretic loop, antianginal, dan inhibitor asetilkolinesterase.

b. Faktor Ekstrinsik

Faktor Ekstrinsik merupakan faktor yang berasal dari luar tubuh kita. Faktor ekstrinsik yang sering kali menjadi risiko jatuh adalah faktor lingkungan. Pada lingkungan yang belum dikenal memiliki risiko jatuh 22%, sedangkan pada lingkungan yang sudah dikenal (seperti rumah, tempat kerja) risiko jatuh lebih rendah. Pada lingkungan yang sudah dikenal seringkali risiko jatuh lebih banyak disebabkan oleh faktor host (dirinya).

Faktor lingkungan umumnya terdiri dari

- 1) penerangan yang tidak baik (kurang atau menyilaukan).
- 2) alat-alat perlengkapan tidak stabil.



- 3) tempat tidur terlalu rendah atau terlalu tinggi.
- 4) tangga tanpa pagar.
- 5) tempat berpegangan yang tidak kuat atau tidak mudah dipegang,
- 6) lantai tidak datar, licin atau menurun,

7) toilet yang terlalu rendah atau lantai licin



8) karpet yang tidak dilem dengan baik,

9) keset yang tebal atau menekuk pinggirnya,

10) alat bantu jalan yang tidak tepat ukuran, berat, maupun cara penggunaannya.

4. Pencegahan Jatuh



Perawat sebagai tenaga kesehatan terbanyak di rumah sakit harus memahami bahwa semua pasien memiliki resiko jatuh (4). Perawat harus melakukan upaya pencegahan jatuh sebagai berikut:

a. Asesmen awal atau skrining

Perawat akan melakukan Asesmen Risiko Jatuh dengan *Morse Fall Scale* dalam waktu 4 jam dari pasien masuk rumah sakit dan mencatat hasil asesmen dan langsung dilakukakan talaksana risiko jatuh.

b. Asesmen ulang

Pasien-pasien yang sudah dilakukan asesmen awal setelah kejadian jatuh maka harus dilakukan asesmen ulang jika hal-hal di bawah ini:

- 1) Setiap pasien akan dilakukan asesmen ulang risiko jatuh jika pasien akan ditransfer ke unit lain, adanya perubahan kondisi pasien, adanya kejadian jatuh pada pasien.
- 2) Penilaian menggunakan asesmen risiko jatuh *Morse Fall Scale* dan rencana asuhan pasien terintegrasi.

Asesmen Morse Fall Scale

Faktor risiko	Skala	Poin	Skor pasien
Riwayat jatuh	Ya	25	
	Tidak	0	
Diagnosis sekunder (≥ 2 diagnosis medis)	Ya	15	
	Tidak	0	
Bantuan Ambulasi	Furniture : dinding, meja, kursi, lemari	30	
	kruk/tongkat/walker	15	
	Di tempat tidur / butuh bantuan perawat/memakai kursi roda	0	
Terapi IV/ anti-koagulan	Terapi intravena terus menerus	20	
Terpasang infuse	Ya	20	
	Tidak	0	
Gaya berjalan	Terganggu	20	
	Lemah	10	
	Normal/tirah baring/imobilisasi	0	
Status mental	Sering lupa akan keterbatasan yang dimiliki	15	
	Sadar akan kemampuan diri sendiri	0	
Total			

Keterangan:

- Tulis jumlah skor yang sesuai pada kolom skor pasien
- Kategori:
 - Risiko rendah : 0 – 24
 - Risiko sedang : 25 – 44
 - Risiko Tinggi : > 45

c. Intervensi pencegahan jatuh

Intervensi pencegahan jatuh pada pasien yang berisiko rendah, sedang atau tinggi harus diimplementasikan dan peralatan yang digunakan sesuai. Perubahan kategori dari risiko tinggi ke risiko rendah diperlukan pemeriksaan 2 kali berturut-turut dengan skor <25. Semua pasien yang datang ke rumah sakit harus dilakukan skrining.

1) Tindakan pencegahan kejadian jatuh secara umum

- a) Tawarkan bantuan ke kamar mandi setiap 2 jam sekali (saat pasien bangun)
- b) Gunakan 2-3 sisi pegangan tempat tidur
- c) Lampu panggilan berada dalam jangkauan, perintahkan pasien untuk mendemonstrasikan penggunaan lampu panggilan
- d) Jangan ragu untuk meminta bantuan
- e) Barang-barang pribadi berada dalam jangkauan
- f) Adakan konferensi multidisiplin mingguan dengan partisipasi tim keperawatan.
- g) Rujuk ke departemen yang sesuai untuk asesmen yang lebih spesifik, misalnya fisioterapi.
- h) Anjurkan pasien menggunakan sisi tubuh yang lebih kuat saat hendak turun dari tempat tidur

2) Tindakan pencegahan kejadian jatuh akibat faktor fisiologis

- a) Berikan orientasi kamar tidur kepada pasien
- b) Libatkan pasien dalam pemilihan aktivitas sehari-harinya
- c) Pantau ketat efek obat-obatan, termasuk obat psikotropika (lihat daftar)
- d) Kurangi suara berisik

- e) Lakukan asesmen ulang
 - f) Sediakan dukungan emosional dan psikologis
- 3) Tindakan pencegahan kejadian jatuh akibat faktor lingkungan
- a) Lampu panggilan berada dalam jangkauan
 - b) Posisi tempat tidur rendah
 - c) Lantai tidak silau/ memantul dan tidak licin
 - d) Pencahayaan yang adekuat
 - e) Ruangan rapi
 - f) Sarana toilet dekat dengan pasien
- 4) Tindakan pencegahan untuk pasien kategori resiko tinggi, yaitu dilakukan tindakan pencegahan kejadian jatuh secara umum dan hal-hal berikut:
- a) Beri penanda berupa gelang berwarna kuning yang dipakaikan di pergelangan tangan pasien



- b) Sandal anti-licin
- c) Tawarkan bantuan ke kamar mandi
- d) Kaji kebutuhan akan:
 - Fisioterapi dan terapi okupasi
 - Alarm tempat tidur

- Tempat tidur rendah (khusus)

5) Tindakan pencegahan risiko jatuh pada anak, yaitu dilakukan tindakan pencegahan kejadian jatuh secara umum dan hal-hal berikut:

- a) Pastikan tempat tidur/ brankard dalam posisi roda terkunci
- b) Pagar sisi tempat tidur/ brankard dalam posisi berdiri/ terpasang
- c) Lingkungan bebas dari peralatan yang tidak digunakan
- d) Berikan penjelasan kepada orang tua tentang pencegahan jatuh
- e) Pastikan pasien memiliki stiker penanda risiko tinggi jatuh pada gelang identifikasi dan tanda kewaspadaan dan panel informasi pasien.

5. Manajemen setelah kejadian Jatuh

Perawat jika menemukan pasien mengalami jatuh maka harus segera melakukan manajemen setelah kejadian jatuh. National Patient Safety Agency Rapid Response Report (5) mengidentifikasi sekitar 20% pasien mengalami cedera serius di rumah sakit mendapat tambahan selain selain cedera. Hal tersebut akibat dari kegagalan dan keterlambatan penanganan cedera dari jatuhnya.

Hal-hal yang harus segera dilakukan setelah pasien jatuh adalah sebagai berikut:

- a. Kaji apakah terdapat cedera akibat jatuh (abrasi, kontusio, laserasi, fraktur, cedera kepala). Jangan mudah puas – 99% pasien yang mengalami jatuh tidak memiliki cedera serius, tetapi 1% akan mengalami cedera serius.

- b. Kaji tanda vital
- c. Kaji adanya keterbatasan gerak (Morse fall scale)
- d. Observasi pasien dengan ketat selama 24 sampai 48 jam atau lebih karena perdarahan serebral dapat membutuhkan 24 sampai 48 jam untuk menjadi simptomatik.
- e. Kolaborasikan untuk observasi neurologi untuk setiap pasien yang kejadiannya jatuhnya tidak ada yang melihat
- f. Catat dalam status pasien (rekam medik)
- g. Kolaborasikan kejadian jatuh dan lengkapi laporan insidens
- h. Modifikasi rencana keperawatan interdisiplin sesuai dengan kondisi pasien
- i. Edukasi pasien/ keluarga
 - 1) Pasien dan keluarga harus diinformasikan mengenai faktor risiko jatuh dan setuju untuk mengikuti strategi pencegahan jatuh yang telah ditetapkan. Pasien dan keluarga harus diberikan edukasi mengenai faktor risiko jatuh di lingkungan rumah sakit dan melanjutkan keikutsertaannya sepanjang keperawatan pasien.
 - 2) Informasikan pasien dan keluarga dalam semua aktivitas sebelum memulai penggunaan alat bantu.
 - 3) Ajari pasien untuk menggunakan pegangan dinding
 - 4) Informasikan pasien mengenai dosis dan frekuensi konsumsi obat-obatan, efek samping, serta interaksinya dengan makanan/ obat-obatan lain.

6. Dokumentasi

Dokumentasikan semua kegiatan pencegahan risiko jatuh dan manajemen yang dilakukan setelah pasien jatuh pada catatan keperawatan. Catat juga kegiatan kolaborasi yang sudah dilakukan perawat terkait pasien jatuh.

C. LATIHAN SOAL

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakan latihan berikut dengan cara memasangkan pertanyaan di sebelah kiri dengan jawaban yang ada di sebelah kanan.

Pertanyaan		Jawaban	
1.	Jelaskan mengapa pasien jatuh menjadi perhatian dalam keselamatan pasien	A	Gelang pita warna kuning
2.	Sebutkan skore resiko ringan untuk pasien jatuh	B	Melakukan pengkajian sebanyak 2 kali
3.	Pasien resiko jatuh harus diberi pita atau gelang berwarna	C	Memiliki nilai skor kurang dari 24.
4.	Perubahan kategori dari resiko tinggi ke resiko rendah, harus dilakukan pengkajian sebanyak berapa kalikah?	D	Melakukan pengkajian
5.	Tindakan apakah yang harus dilakukan perawat jika pasien jatuh	E	Pasien jatuh tidak hanya berdampak pada fisik pasien tetapi juga berdampak pada keuangan pasien dan fasilitas kesehatan.

D. JAWABAN SOAL

1. E
2. C
3. A
4. B
5. D

E. DAFTAR PUSTAKA

1. Permenkes no. 1691. Permenkes RI No. 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Dep Kesehat RI [Internet]. 2011;(January):30–3. Available from: http://www.ghbook.ir/index.php?name&option=com_dbook&task=readonline&book_id=13650&page=73&chckhashk=ED9C9491B4&Itemid=218&lang=fa&tmpl=component
2. de Jong LD, Kitchen S, Foo Z, Hill A-M. Exploring falls prevention capabilities, barriers and training needs among patient sitters in a hospital setting: a pilot survey. *Curtin Univ.* 1861;1–25.
3. Brunner L, Smeltzer S, Bare B. Hand Book for Brunner & Suddarth's textbook of medical-surgical nursing [Internet]. Twelfth. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.; 2010. 738 p. Available from: <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=SmtjSD1x688C&oi=fnd&pg=PA1311&dq=Brunner+&+Suddarth's+Textbook+of+Medical-Surgical+Nursing&ots=cii4p83QfO&sig=3-nilms8D7CobiuljllCoTeTKY8>
4. Siman A., Brito MJ. Changes in nursing practice to improve patient safety. *Rev Gauch Enferm.* 2016;37:1–9.
5. National Patient Safety Agency. Essential care after an inpatient fall. *Br J Nurs.* 2011;20(7):424–5.