



## PEMAHAMAN DAN PENERAPAN STANDAR SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT

Dedianto, Ahyar Wahyudi  
Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia

Artikel info	ABSTRAK
<p><b>Corresponding Author:</b></p> <p>Dedianto Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia <a href="mailto:dedividi@yahoo.com">dedividi@yahoo.com</a></p>	<p>Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) adalah suatu sistem pelayanan yang harus diberikan kepada pasien dengan tujuannya, agar pasien aman dan nyaman selama menggunakan jasa layanan kesehatan di rumah sakit. Pelayanan kesehatan yang dimaksud adalah pelayanan di Rumah sakit secara menyeluruh baik dirawat inap, rawat jalan, tindakan penunjang, tindakan operasi dan tindakan lainnya. Penerapan SKP ini dilakukan dengan landasan Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Selain itu, juga berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Dalam ketentuan yang diatur dalam Permenkes tersebut, terdapat alasan yang mengharuskan setiap rumah sakit menerapkan standar keselamatan pasien. Rumah sakit harus memperhatikan aspek keselamatan pasien pada setiap pelayanan yang diberikan. Keselamatan pasien menjadi prioritas penting bagi tenaga kesehatan dan mereka harus memiliki tingkat pengetahuan yang baik tentang keselamatan pasien dalam pemberian perawatan agar tidak terjadi kesalahan yang dapat mengancam keadaan pasien.</p> <p><b>Keywords:</b> <i>Pemahaman, Standard Keselamatan Pasien</i></p>
<p>This article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International License (<a href="https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/">https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/</a>)</p>	

### PENDAHULUAN

Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) adalah suatu sistem pelayanan yang harus diberikan kepada pasien dengan tujuannya, agar pasien aman dan nyaman selama menggunakan jasa layanan kesehatan di rumah sakit. Pelayanan kesehatan yang dimaksud adalah pelayanan di Rumah sakit secara menyeluruh baik dirawat inap, rawat jalan, tindakan penunjang, tindakan operasi dan tindakan lainnya. Penerapan SKP ini dilakukan dengan landasan Undang-undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Selain itu, juga berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Dalam ketentuan yang diatur dalam Permenkes tersebut,

terdapat alasan yang mengharuskan setiap rumah sakit menerapkan standar keselamatan pasien.

Rumah sakit harus memperhatikan aspek keselamatan pasien pada setiap pelayanan yang diberikan. Keselamatan pasien menjadi prioritas penting bagi tenaga kesehatan dan mereka harus memiliki tingkat pengetahuan yang baik tentang keselamatan pasien dalam pemberian perawatan agar tidak terjadi kesalahan yang dapat mengancam keadaan pasien. Sasaran Keselamatan Pasien wajib diterapkan di rumah sakit untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien serta meningkatkan mutu pelayanan kesehatan sesuai dengan standar WHO Patient Safety (2007).

Keselamatan pasien menjadi sebuah hal penting yang harus dipahami dan dikuasai dengan baik agar terciptanya budaya keselamatan pasien yang aman. Keselamatan pasien menjadi prioritas penting bagi tenaga kesehatan dan harus memiliki tingkat pengetahuan yang lebih tinggi tentang keselamatan pasien dalam pemberian perawatan agar tidak terjadi kesalahan yang dapat mengancam keadaan pasien (Safarpour et al., 2017). World Health Organization (WHO) menyatakan terdapat insiden keselamatan pasien dengan kasus kesalahan prosedur bedah sebanyak (27%), kasus dengan kesalahan pengobatan sebanyak (18,3%), kasus dengan resiko infeksi perawatan sebanyak (12,2%) (World Health Organization, 2017). Di negara berkembang, 1 dari 10 pasien terluka selama rawat inap akibat terjadinya kesalahan selama perawatan. Peristiwa buruk yang terjadi selama pemberian perawatan kesehatan adalah penyebab utama morbiditas dan mortalitas, hal ini memperkuat alasan pentingnya peran pemberian perawatan kesehatan yang berkualitas dan aman (Biresaw et al., 2020).

Di Indonesia secara nasional untuk seluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan, Sasaran Keselamatan Pasien Nasional terdiri dari: 1. Identifikasi pasien, 2. Komunikasi yang efektif, 3. Keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai, 4. Benar prosedur, benar lokasi, benar pasien pada pembedahan/tindakan invasive, 5. Pengurangan risiko infeksi akibat perawatan Kesehatan, 6. mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh.

Insiden keselamatan pasien terutama pada kasus kejadian tidak diharapkan di Indonesia masih sering terjadi, sehingga hal tersebut sangat penting untuk memahami tstandar sasaran keselamatan pasien. Pada makalah ini akan dibahas tentang definisi, tujuan, hambatan hambatan, kesalahan kesalahan yang sering terjadi dan bagaimana cara rumah sakit untuk menerapkan standar-standar sasaran keselamatan pasien.

## **TINJAUAN PUSTAKA**

### **Definisi**

Identifikasi pasien adalah suatu sistem identifikasi kepada pasien untuk membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya sehingga memperlancar atau mempermudah dalam pemberian pelayanan kepada pasien. Identitas pribadi merupakan karakteristik unik yang membedakannya dengan orang lain. Setiap orang mempunyai identitas pribadinya masing-masing sehingga tidak akan sama dengan identitas orang lain. Sedangkan arti dari identifikasi pasien adalah suatu sistem identifikasi kepada pasien

untuk membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya sehingga memperlancar atau mempermudah dalam pemberian pelayanan kepada pasien.

### **Tujuan**

Tujuan dilakukan identifikasi pasien adalah untuk memastikan ketepatan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan, serta untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien. Selain itu untuk mendapatkan pelayanan atau pengobatan dan mencocokkan pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Memudahkan membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya, Mudah dalam proses administrasi untuk pemberian pelayanan kesehatan kepada pasien, Mencegah kesalahan dan kekeliruan dalam proses pemberian pelayanan, pengobatan tindakan atau prosedur kepada pasien.

Adapun tujuan dari identifikasi pasien secara benar ini adalah:

- Mengidentifikasi pasien sebagai individu yang akan diberi layanan, tindakan atau pengobatan tertentu secara tepat.
- Mencocokkan layanan atau perawatan yang akan diberikan dengan pasien yang akan menerima layanan atau tindakan, serta untuk menyelaraskan layanan atau tindakan yang dibutuhkan oleh pasien.

### **Kegiatan Penerapan**

Proses identifikasi pasien perlu dilakukan sejak dari awal pasien masuk ke rumah sakit, yang kemudian identitas tersebut akan selalu dikonfirmasi dalam segala proses di rumah sakit, seperti saat sebelum memberikan obat, darah atau produk darah, sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan, sebelum memberikan pengobatan dan tindakan/prosedur. Hal ini dilakukan agar tidak terjadi kesalahan identifikasi pasien yang nantinya bisa berakibat fatal jika pasien menerima prosedur medis yang tidak sesuai dengan kondisi pasien seperti salah pemberian obat, salah pengambilan darah bahkan salah tindakan medis.

Kegiatan Identifikasi Pasien :

1. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
2. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
3. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.
4. Diberlakukan kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

Pasien diidentifikasi menggunakan minimal dua jenis identitas pada saat:

- Melakukan tindakan intervensi/terapi (misalnya pemberian obat, pemberian darah atau produk darah, melakukan terapi radiasi);
- Melakukan tindakan (misalnya memasang jalur intravena atau hemodialisis);

- Sebelum tindakan diagnostik apa pun (misalnya mengambildarah dan spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium penunjang, atau sebelum melakukan kateterisasi jantung ataupun tindakan radiologi diagnostik)
- Menyajikan makanan pasien.
- Penggunaan dua identitas juga digunakan dalam pelabelan. misalnya, sampel darah dan sampel patologi, nampan makanan pasien, label ASI yang disimpan untuk bayi yang dirawat di rumah sakit.

### **Gelang**

Gelang identitas pasien merupakan salah satu sarana yang dibutuhkan untuk membantu mengidentifikasi pasien. Pemasangan gelang identifikasi adalah salah satu cara untuk menghindari kesalahan identifikasi pasien. Setiap pasien rumah sakit berhak diidentifikasi secara benar. Dengan demikian, pasien akan mendapat tindakan yang tepat selama menjalani masa perawatan. Risiko salah pasien, salah tindakan, atau salah prosedur pun dapat dicegah. Gelang identifikasi pada pergelangan tangan pasien yang dominan (sesuai dengan kondisi). Petugas akan memastikan gelang terpasang dengan baik dan nyaman untuk pasien. Jika gelang tidak bisa dipasang di pergelangan tangan pasien, dapat kenakan pada pergelangan kaki.

Jenis dan warna gelang identifikasi pasien :

1. Gelang identifikasi di pakaikan baik pada pasien dewasa maupun anak anak
  - a. Gelang berwarna pink untuk jenis kelamin perempuan
  - b. Gelang berwarna biru untuk jenis kelamin laki laki
  - c. Gelang berwarna putih untuk pasien kelamin ganda yang belum jelas jenis kelamin apakah laki laki atau perempuan dan belum dinyatakan secara medis dan hukum.
2. Gelang penanda
  - a. Kuning untuk pasien dengan resiko jatuh atau membutuhkan pengawasan ekstra.
  - b. Merah untuk pasien yang memiliki alergi tinggi terhadap obat.
  - c. Hijau untuk pasien dengan alergi latek.
  - d. Ungu untuk pasien yang memiliki harapan hidup yang rendah atau Do Not Resuscitation (DNR).
  - e. Abu-abu untuk pasien yang menjalani kemoterapi. Gelang berwarna kuning untuk penandaan pasien dengan resiko jatuh.

Rumah sakit memastikan pasien teridentifikasi dengan tepat pada situasi khusus, seperti pada pasien koma atau pada bayi baru lahir yang tidak segera diberi nama serta identifikasi pasien pada saat terjadi darurat bencana. Kesalahan mengidentifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek pelayanan baik diagnosis, proses pengobatan serta tindakan. Misalnya saat keadaan pasien masih dibius, mengalami disorientasi atau belum sepenuhnya sadar; adanya kemungkinan pindah tempat tidur, pindah kamar, atau pindah lokasi di dalam rumah sakit; atau apabila pasien memiliki cacat indra atau rentan terhadap situasi berbeda.

## Kesalahan dan Perbaikan

Kelalaian rumah sakit terutama petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pasien dapat mengakibatkan dampak yang negatif bagi pasien. Dampak tersebut mulai dari cedera, cacat fisik, cacat permanen, bahkan sampai kematian. Kesalahan atau kelalaian yang terjadi dapat disebabkan oleh kesalahan manusia, kesalahan prosedur, salah diagnose dan juga salah dalam memberikan obat (Yahya, 2006).

Kesalahan identifikasi pasien merupakan hal yang memiliki hubungan erat dengan bahaya atau potensi yang berbahaya ketika menghubungkan individu tertentu dalam sebuah tindakan atau pelayanan kesehatan. Kesalahan identifikasi pasien memiliki potensi untuk menimbulkan terjadinya insiden keselamatan pasien antaralain :

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

Menurut Anggraini et al. (2014), ada 3 hal yang menyebabkan terjadinya kesalahan identifikasi, yaitu :

- 1) Kesalahan dalam penulisan meliputi labeling dan kesalahan dalam pengisian data yang umumnya terjadi pada petugas registrasi.
- 2) Kesalahan dalam verifikasi Kesalahan dalam hal verifikasi ini misalnya prosedur verifikasi tidak ada dan prosedur verifikasi tidak dilaksanakan
- 3) Masalah dalam komunikasi Permasalahan yang terkait dengan hambatan komunikasi adalah hambatan bahasa komunikasi, kondisi pasien serta kegagalan serah terima tugas.

Prinsip pencegahan kesalahan yang dapat dilakukan meliputi (Anggraini et al., 2014):

- 1) Membuat kebijakan dalam rangka mengurangi kesalahan identifikasi
- 2) Memberikan pelatihan dalam prosedur verifikasi melalui orientasi dan pendidikan berkelanjutan
- 3) Melibatkan secara aktif pasien dan keluarga dengan cara memberikan edukasi tentang resiko.

Kegagalan yang sering terjadi pada saat melakukan identifikasi pasien secara benar akan mengarah kepada tindakan dalam pemberian obat, pelaksanaan prosedur, pemeriksaan klinis pada orang yang salah. Dalam rangka meminimalkan resiko tersebut WHO Collaborating Center for Patient Safety Solutions menerbitkan 9 solusi keselamatan Pasien Rumah Sakit (World Health Organization et al., 2007).

Strategi identifikasi pasien tersebut adalah :

1. Pastikan bahwa organisasi kesehatan memiliki system identifikasi pasien
  - a. Menekankan bahwa tanggungjawab utama perawat sebelum melakukan perawatan, pengobatan, pengambilan specimen atau pemeriksaan klinis harus memastikan identitas pasien secara benar,
  - b. Mendorong penggunaan setidaknya 2 identitas (nama dan tanggal lahir)
  - c. Standarisasi pendekatan untuk identifikasi pasien antara fasilitas yang berbeda dalam sistem perawatan kesehatan

- d. Menyediakan protokol yang jelas untuk mengidentifikasi pasien dan untuk membedakan identitas pasien dengan nama yang sama.
  - e. Mendorong pasien untuk berpartisipasi dalam semua tahapan proses perawatan di rumah sakit.
  - f. Mendorong pemberian label pada wadah yang digunakan untuk pengambilan darah dan specimen lainnya.
  - g. Menyediakan protokol yang jelas untuk menjaga identitas sampel pasien saat pra-analitis, analitis dan proses pascaanalitis
  - h. Menyediakan protokol yang jelas untuk mempertanyakan hasil laboratorium atau temuan tes lain ketika mereka tidak konsisten dengan riwayat klinis pasien.
  - i. Menyediakan pemeriksaan berulang dan review dalam rangka untuk mencegah multiplikasi otomatis dari kesalahan entri pada komputer.
2. Memasukkan ke dalam program pelatihan atau orientasi tenaga kesehatan tentang prosedur pemeriksaan/verifikasi identitas pasien.
  3. Mendidik pasien tentang pentingnya dan relevansi identifikasi pasien yang benar dengan cara yang positif yang juga menghormati kekhawatiran untuk privasi.

## **METODOLOGI**

Ada dua jenis data pendukung Identifikasi:

### 1. Data Klinis Pasien

Data klinis pasien adalah data yang bersangkutan dengan jejak medis pasien. Data pasien yang satu ini harus mencantumkan beberapa poin, termasuk identitas lengkap pasien. Selain itu, data yang harus ada dalam data klinis pasien adalah tanggal dan waktu pengobatan. Data klinis pasien juga mencantumkan hasil anamnesis pasien dan riwayat yang dimiliki, serta hasil pemeriksaan fisik dari dokter yang bertugas. Terakhir, data klinis harus memiliki diagnosis, bentuk pengobatan dan informasi mendukung dari hasil yang sudah ditentukan dokter.

### 2. Data Administrasi Pasien

Data administrasi pasien ini tidak berkaitan dengan rekam medis pasien. Data pasien ini lebih bersangkutan pada pribadi pasien, yaitu catatan sipil yang dimiliki pasien. Diantaranya sebagai berikut :

- Nama lengkap
- Nomor rekam medis / identitas yang dapat digunakan
- Alamat lengkap pasien tinggal
- Data kelahiran pasien (tanggal, bulan, tahun, dan kota)
- Jenis kelamin pasien
- Status (menikah atau belum)
- Kontak keluarga terdekat pasien
- Tanggal dan waktu pasien menerima pengobatan.

Beberapa hal penting identifikasi pasien yaitu saat memberikan obat, darah, atau produk darah, mengambil darah dan spesimen lain untuk pengujian klinis,

sebelum memberikan perawatan dan prosedur. Identifikasi pada bayi juga dilakukan sebelum mentransfer dari kamar bayi ke kamar ibu.

Semua informasi tentang identitas pasien ini sifatnya rahasia dan tidak diberikan kepada orang lain selain pasien itu sendiri. Jadi jangan ragu untuk memberikan identitas pribadi rumah sakit karena kerhasiaan sangat diutamakan dan mempengaruhi keputusan dokter dalam menangani kondisi pasien.

## **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

### **1. Peningkatan Komunikasi Efektif**

#### **Definisi**

Pengertian Secara umum, yang dimaksud dengan komunikasi efektif adalah si penerima pesan dapat menangkap pengertian yang sama dengan pengertian si pengirim pesan. Komunikasi efektif dikenal juga sebagai kompetensi komunikasi yang didefinisikan secara sederhana sebagai kemampuan untuk bertukar makna secara efektif melalui sebuah sistem simbol yang umum, tanda, atau perilaku (Judy Pearson dan Paul Nelson (2009). Komunikasi efektif jika komunikasi yang dilancarkan menimbulkan efek kognitif, efek afektif atau efek konatif pada komunikan, sesuai dengan tujuan komunikator. (Onong Uchjana Effendy dalam Kamus Komunikasi (1999).

Komunikasi efektif adalah komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas dan yang dipahami oleh pasien/keluarga akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Dikatakan efektif, apabila pesan tersampaikan dan dipahami serta tidak terdapat miskomunikasi pada saat melakukan perintah/tindakan. Untuk mencapai komunikasi efektif, dibutuhkan tiga sasaran yang harus dipenuhi antara lain :

1. Adanya konsultasi antara perawat dengan dokter.
2. Bila nilai kritis keluar segera dilakukan tindakan.
3. Timbang terima atau pertukaran shift.

Rumah sakit menerapkan proses untuk meningkatkan efektivitas komunikasi lisan atau telepon di antara para profesional pemberi asuhan (PPA), proses pelaporan hasil kritis pada pemeriksaan diagnostic termasuk POCT dan proses komunikasi saat serah terima atau *hand over*.

Komunikasi yang paling banyak memiliki potensi terjadinya kesalahan adalah pemberian instruksi secara lisan atau melalui telpon, pelaporan hasil kritis dan saat serah terima.. Latar belakang suara, gangguan, nama obat yang mirip dan istilah yang tidak umum sering kali menja masalah.

#### **Metode Penerapan**

Metode, formulir dan alat bantu ditetapkan sesuai dengan jenis komunikasi agar dapat dilakukan secara konsisten dan lengkap. Metode komunikasi saat menerima instruksi melalui telpon adalah: “ menulis / menginput ke komputer – membacakan – konfirmasi kembali ” (*writedown, read back, confirmation*) kepada pemberi instruksi misalnya kepada Konfirmasi harus dilakukan saat itu juga melalui telpon untuk menanyakan apakah “yang dibacakan” sudah sesuai dengan instruksi yang diberikan.

Sedangkan metode komunikasi saat melaporkan kondisi pasien kepada DPJP dapat menggunakan metode misalnya *Situation – background – assessment – recommendation* (SBAR).

Strategi Penerapan :

Strategi SBAR yang terdiri dari :

S : Situation : Yakni penjelasan situasi terkini yang terjadi pada pasien.

B : Background: Yakni informasi penting apa yang berhubungan dengan kondisi dan latar belakang pasien terkini.

A : Assessment: Yakni hasil pengkajian kondisi pasien terkini/ terakhir.

R : Recommendation; Yakni rekomendasi apa yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah terhadap pasien yang bersangkutan.

Hal lain yang diterapkan dalam komunikasi efektif antara lain penyampaian informasi tentang hal kritis. Jika diperoleh hasil atau data pemeriksaan yang bersifat "kritis" (memenuhi kriteria kritis); setiap profesi terkait harus segera menyampaikannya kepada yang berkepentingan dan berwenang dalam bidangnya. Metode komunikasi saat melaporkan nilai kritis pemeriksaan diagnostik melalui telpon juga dapat dengan: "menulis/menginput ke komputer – membacakan – konfirmasi kembali" (*writedown, read back*). Hasil kritis didefinisikan sebagai varian dari rentang normal yang menunjukkan adanya kondisi patofisiologis yang berisiko tinggi atau mengancam nyawa, yang dianggap gawat atau darurat, dan mungkin memerlukan tindakan medis segera untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah kejadian yang tidak Hasil kritis dapat dijumpai pada pemeriksaan pasien rawat jalan maupun rawat inap. Rumah sakit menentukan mekanisme pelaporan hasil kritis di rawat jalan dan rawat inap. Pemeriksaan diagnostik mencakup semua pemeriksaan seperti laboratorium, pencitraan/radiologi, diagnostik jantung juga pada hasil pemeriksaan yang dilakukan di tempat tidur pasien (*point- of-care testing* (POCT)). Pada pasien rawat inap pelaporan hasil kritis dapat dilaporkan melalui perawat yang akan meneruskan laporan kepada DPJP yang meminta pemeriksaan. Rentang waktu pelaporan hasil kritis ditentukan kurang dari 30 menit sejak hasil di verifikasi oleh PPA yang berwenang di unit pemeriksaan penunjang diagnostik.

Metode komunikasi saat serah terima distandardisasi pada jenis serah terima yang sama misalnya serah terima antar ruangan di rawat Untuk jenis serah terima yang berbeda maka dapat menggunakan metode, formulir dan alat yang berbeda. Misalnya serah terima dari IGD ke ruang rawat inap dapat berbeda dengan serah terima dari kamar operasi ke unit intensif.

Jenis serah terima (*handover*) di dalam rumah sakit dapat mencakup:

- Antara PPA (misalnya, antar dokter, dari dokter ke perawat, antar perawat, dan seterusnya)
- Antara unit perawatan yang berbeda di dalam rumah sakit (misalnya saat pasien dipindahkan dari ruang perawatan intensif ke ruang perawatan atau dari instalasi gawat darurat ke ruang operasi, ruang ICU)



- Dari ruang perawatan pasien ke unit layanan diagnostik seperti radiologi atau fisioterapi.

Formulir serah terima antara PPA, tidak perlu dimasukkan ke dalam rekam medis. Namun demikian, rumah sakit harus memastikan bahwa proses serah terima telah dilakukan, misalnya PPA mencatat serah terima telah dilakukan dan kepada siapa tanggung jawab pelayanan diserahkan, kemudian dapat dibubuhkan tanda tangan, tanggal dan waktu pencatatan.

## 2. Kewaspadaan Terhadap Obat *High-Alert*

### Definisi

Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat yang persentasinya tinggi dalam menyebabkan terjadi kesalahan/error dan/atau kejadian sentinel (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) demikian pula obat-obat yang tampak mirip/ucapan mirip (*Nama Obat, Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM*, atau *Look-Alike Sound-Alike/LASA*). Daftar obat-obatan yang sangat perlu diwaspadai tersedia di WHO. Yang sering disebut-sebut dalam isu keamanan obat adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium/potasium klorida [sama dengan 2 mEq/ml atau yang lebih pekat], kalium / potasium fosfat (sama dengan atau lebih besar dari 3 mmol/ml), natrium/sodium klorida (lebih pekat dari 0.9%), dan magnesium sulfat sama dengan 50% atau lebih pekat.

Pihak rumah sakit harus mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obatan tersebut. Bila obat-obatan adalah bagian dari rencana pengobatan pasien, maka penerapan manajemen yang benar penting/krusial untuk memastikan keselamatan pasien. Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan Yang Harus Diwaspadai merupakan salah satu dari 6 (enam) Sasaran.

Petugas kesehatan wajib memperhatikan jenis-jenis obat yang memiliki risiko tinggi untuk menyebabkan / menimbulkan adanya komplikasi / membahayakan pasien secara signifikan jika terdapat kesalahan penggunaan (dosis, interval dan pemilihannya). Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*) adalah obat-obatan yang memiliki risiko menyebabkan cedera serius pada pasien jika digunakan dengan tidak tepat

### Macam obat high alert

Obat *high alert* mencakup:

- Obat risiko tinggi, yaitu obat dengan zat aktif yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan bila terjadi kesalahan (*error*) dalam penggunaannya (contoh: insulin, heparin atau sitostatika).
- Obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (*Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM*, atau *Look Alike Sound Alike/LASA*)
- Elektrolit konsentrat contoh: kalium klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 1 mEq/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat injeksi dengan konsentrasi sama atau lebih dari 50%.

Rumah sakit harus menetapkan dan menerapkan strategi untuk mengurangi risiko dan cedera akibat kesalahan penggunaan obat *high alert*, antara lain : penataan

penyimpanan, pelabelan yang jelas, penerapan *double checking*, pembatasan akses, penerapan panduan penggunaan obat *high alert*.

### **Prinsip Penerapan dan Penanganan High-Alert Medication**

Prinsip Umum penerapan dan penanganan *High-Alert Medication* yang harus dijalankan adalah sebagai berikut

1. Penyimpanan
  - a) *High alert medication* disimpan di laci atau lemari di area yang terkunci dan terpisah dari produk lain.
  - b) Setiap *high alert medication* diberikan label "*High-Alert*" yang berwarna merah pada sisi depan kemasan tanpa menutupi informasi yang ada pada kemasan
  - c) Narkotika disimpan dalam lemari yang kokoh, tidak mudah dipindahkan dan memiliki dua kunci yang berbeda.
  - d) Setiap elektrolit konsentrat disimpan di farmasi, kecuali NaHCO<sub>3</sub> 8.4% di simpan juga di ICU/ ICCU, dan UGD. MgSO<sub>4</sub> ≥ 20% disimpan di farmasi, *emergency kit* di UGD dan ruang bersalin.
  - e) Obat anestesi disimpan di tempat yang hanya bisa diakses oleh dokter, perawat dan staf farmasi. Obat sitostatika, Insulin dan heparin hanya disimpan di farmasi atau di area yang terkunci di mana obat diresepkan.
  - f) Penyimpanan obat NORUM dipisahkan, tidak diletakkan bersebelahan, dan harus diberikan label "*LASA*"
2. Peresepan Obat *Hight Alert*
  - a) Tulisan resep harus jelas dan lengkap
  - b) Membuat panduan penetapan dosis untuk antikoagulan, narkotik, insulin, dan sedasi sesuai panduan praktek klinik dan *clinical pathway*
  - c) Berat badan pasien harus ditimbang untuk obat-obat yang perlu diresepkan sesuai berat badan pasien
3. Penyiapan dan Distribusi Obat *Hight Alert*
  - a) *Independent double check* dilakukan oleh dua staf yang berbeda pada tahap penyiapan dan distribusi obat kemudian didokumentasikan dengan pemberian paraf di lembar pemesanan obat.
  - b) Pengenceran elektrolit konsentrat. Setiap elektrolit konsentrat harus diencerkan sebelum diserahkan atau diberikan kepada staf atau pasien.
  - c) Pengenceran dilakukan oleh staf farmasi yang terlatih kecuali dalam kondisi operasi bedah jantung, pengenceran KCl 7.46% dapat dilakukan langsung oleh perawat/ dokter.
  - d) Setiap elektrolit konsentrat yang telah diencerkan, diberikan label "*drug added*" yang terisi lengkap dan label "*high alert*" tanpa menutupi nama obat, tanggal kadaluarsa dan nomor batch.
4. Pemberian Obat *High Alert*
  - a) Lakukan *independent double check* sebelum pemberian obat dengan melakukan 5 benar pemberian obat.
  - b) Berikan edukasi kepada pasien untuk penggunaan insulin sendiri oleh pasien

- c) Staf farmasi memberikan penjelasan dan konseling *high-alert medication* kepada pasien/ perwakilan pasien di rawat jalan. Brosur informasi obat dapat digunakan untuk meningkatkan pemahaman dan pengertian pasien.

Penanganan untuk obat *high alert* yang paling efektif adalah dengan cara mengurangi kesalahan dalam pemberian obat, yaitu dengan cara meningkatkan proses penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit farmasi ke pelayanan pasien.

Untuk memonitoring penggunaan obat *high alert*, farmasi melakukan pengecekan di semua ruang perawatan untuk memastikan penyimpanan *high alert medication* sesuai dengan regulasi. Farmasi juga melakukan pemantauan terhadap efek terapi dan efek samping pemberian obat *high alert* pada pasien, contohnya obat antikoagulan biasanya menimbulkan pendarahan, obat narkotik menimbulkan depresi, insulin menimbulkan hipoglikemia atau hiperglikemia, dan obat sedatif terutama menyebabkan hipotensi, depresi susunan saraf pusat, atau risiko jatuh.

### **3. Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur dan Tepat Pasien Operasi**

#### **Definisi**

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien karena salah lokasi, salah prosedur, salah pasien operasi, adalah kejadian yang sangat mengkhawatirkan dan bisa terjadi di rumah sakit. Ini berarti setiap pasien yang akan mengalami tindakan pembedahan dipastikan harus sesuai dengan prosedur. Untuk mencapai hal tersebut, praktik yang dilakukan di lapangan mencakup pemberian tanda yang telah disepakati saat praoperasi dan semua dokumen serta peralatan yang digunakan tersedia, tepat dan fungsional. Cara lain yang dilakukan, tim operasi lengkap menerapkan dan mencatat prosedur sebelum insisi/*time out* tepat sebelum dilakukan tindakan.

#### **Metode Penerapan**

Salah-sisi, salah-prosedur, salah-pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan dapat terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini terjadi akibat adanya komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurangnya keterlibatan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), serta tidak adanya prosedur untuk memverifikasi sisi operasi. Rumah sakit memerlukan upaya kolaboratif untuk mengembangkan proses dalam mengeliminasi masalah ini.

Pada saat tindakan pembedahan dilakukan ceklist ulang, biasanya dilakukan oleh dokter operator, dokter anastesi, perawat sekuler dan pihak yang terlibat pembedahan saling bekerja sama untuk menghindari kesalahan.

Tindakan operasi dan invasif meliputi semua tindakan yang melibatkan insisi atau pungsi, termasuk, tetapi tidak terbatas pada, operasi terbuka, aspirasi perkutan, injeksi obat tertentu, biopsi, tindakan intervensi atau diagnostik vaskuler dan kardiak perkutan, laparoscopi, dan endoscopi. Rumah sakit perlu mengidentifikasi semua area di rumah sakit mana operasi dan tindakan invasif dilakukan

Protokol umum (*universal protocol*) untuk pencegahan salah sisi, salah prosedur dan salah pasien pembedahan meliputi:

### **Proses Verifikasi Praoperasi**

Verifikasi praoperasi merupakan proses pengumpulan informasi dan konfirmasi secara terus-menerus. Tujuan dari proses verifikasi praoperasi adalah:

- Melakukan verifikasi terhadap sisi yang benar, prosedur yang benar dan pasien yang benar;
- Memastikan bahwa semua dokumen, foto hasil radiologi atau pencitraan, dan pemeriksaan yang terkait operasi telah tersedia, sudah diberi label dan di siapkan;
- Melakukan verifikasi bahwa produk darah, peralatan mediskhusus dan/atau implan yang diperlukan sudah tersedia.

Di dalam proses verifikasi praoperasi terdapat beberapa elemen yang dapat dilengkapi sebelum pasien tiba di area praoperasi. seperti memastikan bahwa dokumen, foto hasil radiologi, dan hasil pemeriksaan sudah tersedia, di beri label dan sesuai dengan penanda identitas pasien.

Menunggu sampai pada saat proses *time-out* untuk melengkapi proses verifikasi praoperasi dapat menyebabkan penundaan yang tidak perlu. Beberapa proses verifikasi praoperasi dapat dilakukan lebih dari sekali dan tidak hanya di satu tempat saja. Misalnya persetujuan tindakan bedah dapat diambil di ruang periksa dokter spesialis bedah dan verifikasi kelengkapannya dapat dilakukan di area tunggu praoperasi.

### **Penandaan Lokasi**

Penandaan sisi operasi dilakukan dengan melibatkan pasien serta dengan tanda yang tidak memiliki arti ganda serta segera dapat dikenali. Tanda tersebut harus digunakan secara konsisten di dalam rumah sakit; dan harus dibuat oleh PPA yang akan melakukan tindakan; harus dibuat saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai pasien disiapkan. Penandaan sisi operasi hanya ditandai pada semua kasus yang memiliki dua sisi kiri dan kanan (*lateralisasi*), struktur multipel (jari tangan, jari kaki, lesi), atau multiple level (tulang belakang).

Penandaan lokasi operasi harus melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang langsung dapat dikenali dan tidak bermakna ganda. Tanda "X" tidak digunakan sebagai penanda karena dapat diartikan sebagai "bukan di sini" atau "salah sisi" serta dapat berpotensi menyebabkan kesalahan dalam penandaan lokasi operasi. Tanda yang dibuat harus seragam dan konsisten digunakan di rumah sakit. Dalam semua kasus yang melibatkan lateralitas, struktur ganda (jari tangan, jari kaki, lesi), atau tingkatan berlapis (tulang belakang), lokasi operasi harus ditandai.

### **Sign in**

*Sign In* adalah fase sebelum induksi anestesi koordinator secara verbal memeriksa apakah identitas pasien telah dikonfirmasi, prosedur dan sisi operasi sudah benar, sisi yang akan dioperasi telah ditandai, persetujuan untuk operasi telah diberikan, oksimeter pulse pada pasien berfungsi.

### **Time-out**

*Time-out* dilakukan sesaat sebelum memulai tindakan. Dalam dunia pembedahan "time out" diartikan sebagai jeda waktu sebelum pasien dilakukan tindakan untuk memastikan seluruh persiapan, baik alat, pasien maupun orang yang akan melakukan tindakan benar benar sesuai. Time out merupakan kegiatan pra bedah yang tidak bisa diabaikan.

### **Sign Out**

*Sign Out* adalah fase tim bedah akan meninjau operasi yang telah dilakukan. Dilakukan pengecekan kelengkapan spon, penghitungan instrumen, pemberian label pada spesimen, kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani.

Rumah sakit perlu untuk secara kolaboratif mengembangkan suatu kebijakan dan/atau prosedur yang efektif di dalam mengeliminasi salah lokasi, prosedur dan pasien dengan menggunakan Surgical Safety Checklist dari WHO Patient Safety (2009). Salah satu manajemen kamar bedah adalah penggunaan surgical safety checklist WHO, tujuannya untuk menyamakan persepsi, komunikasi dan kerjasama antar tim bedah. Penggunaan Surgical safety checklist WHO ini disesuaikan dengan kondisi rumahsakit. Rumah sakit dalam hal ini belum membuat kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses guna memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi/dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi, pelaksanaan operasi di rumah sakit belum menggunakan checklist safety surgery namun sebelum dilakukan operasi pasien mendapatkan penjelasan berkaitan dengan tindakan operasi yang dilakukan oleh dokter kadang dilakukan oleh perawat, isi informasi dalam formulir informed consent belum sesuai dengan PMK Nomor 290 tahun 2008 tentang persetujuan tindakan kedokteran.

## **4. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan**

### **Definisi**

Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan merupakan salah satu dari 6 (enam) Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. Rumah sakit harus membuat suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan. Infeksi nosokomial atau infeksi yang diperoleh dari rumah sakit adalah infeksi yang tidak diderita pasien saat masuk ke rumah sakit melainkan setelah  $\pm 72$  jam berada di tempat tersebut. Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam kebanyakan tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan.

Timbulnya Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih-terkait kateter, infeksi aliran darah (blood stream infections) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi lain adalah cuci tangan (hand hygiene) yang tepat. Pedoman hand hygiene yang berlaku secara internasional bisa diperoleh dari WHO, fasilitas pelayanan kesehatan seperti rumah sakit mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi

pedoman hand hygiene yang diterima secara umum untuk implementasi pedoman tersebut.

### **Kegiatan Penerapan**

Kegiatan-kegiatan yang dapat dilaksanakan di rumah sakit antara lain :

1. Fasilitas pelayanan Kesehatan (rumah sakit) mengadopsi atau mengadaptasi pedoman hand hygiene terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari WHO Patient Safety).
2. Fasilitas pelayanan Kesehatan (rumah sakit) menerapkan program hand hygiene yang efektif.
3. Kebijakan dan/atau prosedur PPI dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait pelayanan Kesehatan.

### **Pencegahan Infeksi**

Pembersihan yang rutin sangat penting agar rumah sakit sangat bersih dari debu, minyak dan kotoran. Perlu diingat bahwa sekitar 90 persen dari kotoran yang terlihat pasti mengandung kuman. Harus ada waktu yang teratur untuk membersihkan dinding, lantai, tempat tidur, pintu, jendela, tirai, kamar mandi, dan alat-alat medis yang telah dipakai berkali-kali.

Pengaturan udara diusahakan adanya pemakaian penyaring udara, terutama bagi penderita dengan status imun yang rendah atau bagi penderita yang dapat menyebarkan penyakit melalui udara. Kamar dengan pengaturan udara yang baik akan lebih banyak menurunkan resiko terjadinya penularan tuberculosis, selain itu, rumah sakit harus membangun suatu fasilitas penyaring air dan menjaga kebersihan pemrosesan serta filturnya untuk mencegah terjadinya pertumbuhan bakteri. Sterilisasi air pada rumah sakit dengan prasarana yang terbatas dapat menggunakan panas matahari.

Pencegahan dengan perbaiki ketahanan tubuh. Di dalam tubuh manusia, selain ada bakteri yang patogen oportunistis, ada pula bakteri yang secara mutualistik yang ikut membantu dalam proses fisiologis tubuh, dan membantu ketahanan tubuh melawan invasi jasad renik patogen serta menjaga keseimbangan di antara populasi jasad renik komensal pada umumnya, misalnya seperti apa yang terjadi di dalam saluran cerna manusia. Pengetahuan tentang mekanisme ketahanan tubuh orang sehat yang dapat mengendalikan jasad renik oportunistis perlu diidentifikasi secara tuntas, sehingga dapat dipakai dalam mempertahankan ketahanan tubuh tersebut pada penderita penyakit berat.

Pencegahan dengan Ruang Isolasi. Penyebaran dari infeksi nosokomial juga dapat dicegah dengan membuat suatu pemisahan pasien. Ruang isolasi sangat diperlukan terutama untuk penyakit yang penularannya melalui udara, contohnya tuberculosis, dan SARS, yang mengakibatkan kontaminasi berat. Penularan yang melibatkan virus, contohnya DHF dan HIV. Biasanya, pasien yang mempunyai resistensi rendah seperti leukimia dan pengguna obat immunosupresan juga perlu diisolasi agar terhindar dari infeksi. Tetapi menjaga kebersihan tangan dan makanan, peralatan kesehatan di dalam ruang isolasi juga sangat penting. Ruang isolasi ini harus selalu tertutup dengan ventilasi udara selalu menuju keluar. Sebaiknya satu pasien berada dalam satu ruang isolasi, tetapi

bila sedang terjadi kejadian luar biasa dan penderita melebihi kapasitas, beberapa pasien dalam satu ruangan tidaklah apa-apa selama mereka menderita penyakit yang sama. Penerapannya adalah dengan melakukan *hand hygiene* yang efektif dengan enam langkah cuci tangan yang baik dan benar. Rumah sakit wajib mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru berdasarkan WHO.

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan hal yang sangat membebani pasien serta profesional pemberi asuhan (PPA) pada pelayanan kesehatan. Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih-terkait kateter, infeksi aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis).

### **Cuci Tangan**

Kegiatan utama dari upaya eliminasi infeksi ini maupun infeksi lainnya adalah dengan melakukan tindakan cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Menurut data Kementerian Kesehatan RI, (2018), menunjukkan bahwa prevalensi nasional berperilaku cuci tangan dengan benar dan menggunakan sabun pada anak kelompok umur 10 tahun atau lebih yaitu 49,80%. Jadi masih rendahnya angka kegiatan mencuci tangan walaupun beberapa tahun terakhir terjadi peningkatan disaat pandemic covid 19. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 3 Tahun 2014 (2014: 4) mencuci tangan yang benar adalah salah satu unsur dari tiga pilar pembangunan Indonesia bidang kesehatan yakni berpola hidup sehat. Sedangkan pilar yang lain adalah pengkondisian lingkungan sehat serta penyediaan layanan kesehatan yang representatif dan terjangkau semua kalangan. Pedoman *hand hygiene* yang berlaku secara internasional dapat diperoleh di situs web WHO. Rumah sakit harus memiliki proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman *hand hygiene* yang diterima secara luas untuk implementasinya di rumah sakit.

Mencuci tangan adalah gerakan menggosok kedua permukaan tangan secara menyeluruh dengan sabun, yang diikuti dengan membilas dibawah air yang mengalir (WHO,2012).6 langkah cuci tangan yang benar :

1. Gosok kedua telapak tangan dengan menempelkan masing-masing telapak tangan hingga sabun berada di seluruh permukaan tangan
2. Gosok kedua punggung tangan atau tangan bagian luar secara bergantian, seperti telapak tangan kanan berada di atas lalu gosok punggung tangan kiri, demikian sebaliknya, telapak tangan kiri menggosok punggung tangan kanan
3. Gosok sela-sela jari dengan cara menyilangkan jari tangan kanan dengan jari tangan kiri secara bergantian
4. Gosok bagian dalam tangan dan punggung jari dengan posisi jari saling mengunci satu dengan yang lain
5. Bersihkan ibu jari dengan cara menggosok secara memutar dalam genggam tangan kanan. Lakukan secara bergantian

6. Bersihkan juga bagian kuku dan ujung jari, lalu gosokkan pada telapak tangan yang lain.

Mencuci tangan adalah hal yang pertama harus dilakukan dan harus selalu di ingat waktu cuci tangan. Berikut adalah 5 momen atau waktu mencuci tangan yaitu:

1. Sebelum kontak dengan pasien  
Yaitu tenaga kesehatan harus mencuci tangan sebelum kontak dengan pasien untuk mencegah terjadinya penularan infeksi melalui tangan atau infeksi silang
2. Sebelum tindakan aseptik  
Yang dimaksud dengan tindakan aseptik adalah teknik atau prosedur yang dilakukan untuk mengurangi jumlah mikroorganisme disuatu obyek, serta menurunkan kemungkinan penyebaran dari mikroorganisme tersebut, sehingga wajib untuk mencuci tangan.
3. Setelah terkena cairan tubuh pasien  
Ketika perawat atau tenaga kesehatan lainnya melakukan tindakan medis dan terkena cairan tubuh pasien, sangatlah wajib mencuci tangan untuk mencegah terjadinya infeksi silang.
4. Setelah kontak dengan pasien  
Setelah kontak dengan pasien para tenaga medis wajib melakukan tindakan mencuci tangan untuk mencegah terjadinya penularan infeksi dari pasien ke tenaga kesehatan.
5. Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien  
Mencuci tangan dilakukan untuk mencegah kontaminasi dari lingkungan pasien kepada tenaga kesehatan, lingkungan yang dimaksud adalah lingkungan tempat tidur atau kamar rawat inap pasien, sehingga sangat perlu melakukan tindakan mencuci tangan.

### **Pengurangan Risiko Pasien Jatuh**

#### **Definisi**

Keselamatan Pasien merupakan hal utama dalam pelayanan di Rumah Sakit. Jumlah kasus jatuh menjadi bagian yang bermakna penyebab cedera pasien rawat inap. Rumah Sakit perlu mengevaluasi resiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi resiko cedera jika sampai jatuh. Evaluasi resiko jatuh menggunakan skala resiko jatuh. Pasien yang dirawat di RS akan selalu memiliki resiko jatuh terkait dengan kondisi dan penyakit yang diderita, contohnya pada pasien dengan kelemahan fisik akibat dehidrasi, status nutrisi yang buruk, perubahan kimia darah (hipoglikemi, hipokalemi), perubahan gaya berjalan pada pasien usia tua dengan gaya jalan berayun/tidak aman, langkah kaki pendek-pendek atau menghentak; pasien bingung atau gelisah yang mencoba untuk turun atau melompati pagar tempat tidur yang dipasang pada pasien dengan diare atau inkontinensia.

Selain itu faktor lingkungan juga mempengaruhi pasien jatuh, contohnya lantai kamar mandi yang licin, tempat tidur yang terlalu tinggi, pencahayaan yang kurang. Sedangkan dampak dari insiden jatuh yang dialami pasien secara fisik adalah cedera ringan, sampai dengan kematian, secara financial memperpanjang waktu rawat dan tambahan biaya pemeriksaan penunjang (CT Scan kepala, rontgen, dll) yang seharusnya tidak perlu



dilakukan, dan dari segi hukum berisiko untuk timbulnya tuntutan hukum bagi rumah sakit. Meski demikian, resiko jatuh dapat dicegah dan banyak hal yang dapat dilakukan untuk mencegah pasien jatuh dan meminimalkan cedera akibat jatuh.

Dengan mengenali resiko jatuh maka akan dapat diprediksi resiko jatuh seseorang, dan dilakukan tindakan pencegahan yang sesuai. Oleh karena itu, memahami resiko jatuh, melakukan tindakan pencegahan, dan penanganan pasien jatuh, merupakan langkah yang harus dilakukan untuk menurunkan resiko jatuh dan cedera pada pasien yang dirawat.

#### **Upaya pengurangan resiko jatuh**

Pencegahan resiko jatuh membutuhkan intervensi dan modifikasi sesuai kebutuhan individual pasien berdasarkan hasil pengkajian terhadap faktor resiko jatuh pasien. Resiko jatuh dapat dicegah, namun mencegah resiko jatuh bukan berarti pasien harus membatasi mobilitas dan aktivitasnya (contohnya berjalan, mandi, BAB, BAK dan mengharuskan pasien untuk berada di tempat tidur saja).

Pengurangan resiko pasien jatuh memerlukan komitmen yang tinggi dari pimpinan dan seluruh staf. Rumah sakit harus memiliki budaya aman agar setiap orang sadar dan memiliki tanggung jawab terhadap keselamatan pasien karena pencegahan pasien jatuh merupakan tanggung jawab seluruh staf di RS baik medik maupun non medik, tetap dan tidak tetap. Seluruh karyawan harus waspada terhadap risiko jatuh pasien dan berpartisipasi dalam melakukan tindakan pencegahan diseluruh area rumah sakit dimana pasien berada, baik area klinis/perawatan maupun area non klinis (contohnya: area parkir, ruang tunggu, koridor RS, ruang administrasi).

Sebagai upaya pengurangan risiko jatuh dan cedera yang ditimbulkan akibat jatuh maka rumah sakit menetapkan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Mengenali faktor resiko jatuh dan melakukan penilaian risiko melalui pengkajian awal dan pengkajian ulang
2. Melakukan intervensi pencegahan resiko jatuh
3. Memonitor resiko jatuh
4. Penilaian resiko jatuh menggunakan skala Morse untuk pasien dewasa dan skala Humpty Dumpty untuk pasien anak - anak.
5. Penilaian meliputi berbagai aspek seperti riwayat jatuh, penggunaan alat bantu jalan, kebiasaan berjalan, kebiasaan berkemih, penyakit dan obat yang dikonsumsi, dan lain - lain.
6. Biasanya pasien diberikan tanda gelang kuning dan tanda yang akan ditempel di dekat tempat tidur pasien yang menyatakan bahwa pasien berisiko untuk jatuh. sehingga perawat melakukan intervensi dan monitoring yang intensif terhadap pasien berisiko jatuh.

Penilaian terhadap resiko jatuh diharapkan dapat mengurangi resiko jatuh dan meningkatkan kewaspadaan terhadap pasien berisiko jatuh. Dengan mengenali resiko jatuh maka akan dapat diprediksi resiko jatuh seseorang, dan dilakukan tindakan pencegahan yang sesuai. Oleh karena itu, memahami resiko jatuh, melakukan tindakan pencegahan, dan penanganan pasien jatuh, merupakan langkah yang harus dilakukan untuk menurunkan resiko jatuh dan cedera pada pasien yang dirawat.

### **Skrining risiko jatuh**

Risiko jatuh pada pasien rawat jalan berhubungan dengan kondisi pasien, situasi, dan/atau lokasi di rumah sakit. Di unit rawat jalan, dilakukan skrining risiko jatuh pada pasien dengan kondisi, diagnosis, situasi, dan/atau lokasi yang menyebabkan risiko jatuh. Jika hasil skrining pasien berisiko jatuh, maka harus dilakukan intervensi untuk mengurangi risiko jatuh pasien tersebut. Skrining risiko jatuh di rawat jalan meliputi:

- Kondisi pasien misalnya pasien geriatri, dizziness, vertigo, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, penggunaan obat, sedasi, status kesadaran dan atau kejiwaan, konsumsi alkohol.
- Diagnosis, misalnya pasien dengan diagnosis penyakit Parkinson.
- Situasi misalnya pasien yang mendapatkan sedasi atau pasien dengan riwayat tirah baring/perawatan yang lama yang akan dipindahkan untuk pemeriksaan penunjang dari ambulans, perubahan posisi akan meningkatkan risiko jatuh.
- Lokasi misalnya area-area yang berisiko pasien jatuh, yaitu tangga, area yang penerangannya kurang atau mempunyai unit pelayanan dengan peralatan *parallel bars*, *freestanding staircases* seperti unit rehabilitasi. Ketika suatu lokasi tertentu diidentifikasi sebagai area risiko tinggi yang lebih rumah sakit dapat menentukan bahwa semua pasien yang mengunjungi lokasi tersebut akan dianggap berisiko jatuh dan menerapkan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh yang berlaku untuk semua pasien.<sup>18</sup>

Skrining umumnya berupa evaluasi sederhana meliputi pertanyaan dengan jawaban sederhana: ya/tidak, atau metode lain meliputi pemberian nilai/skor untuk setiap respons pasien. Rumah sakit dapat menentukan bagaimana proses skrining dilakukan. Misalnya skrining dapat dilakukan oleh petugas registrasi, atau pasien dapat melakukan skrining secara mandiri, seperti di anjungan mandiri untuk skrining di unit rawat jalan. Contoh pertanyaan skrining sederhana dapat meliputi:

- 1) Apakah Anda merasa tidak stabil ketika berdiri atau berjalan?
- 2) Apakah Anda khawatir akan jatuh?
- 3) Apakah Anda pernah jatuh dalam setahun terakhir?.

Rumah sakit dapat menentukan pasien rawat jalan mana yang akan dilakukan skrining risiko jatuh. Misalnya, semua pasien di unit rehabilitasi medis, semua pasien dalam perawatan lama/tirah baring lama datang dengan ambulans untuk pemeriksaan rawat jalan, pasien yang dijadwalkan untuk operasi rawat jalan dengan tindakan anestesi atau sedasi, pasien dengan gangguan keseimbangan, pasien dengan gangguan penglihatan, pasien anak di bawah usia 2 (dua) tahun, dan seterusnya.

Untuk semua pasien rawat inap baik dewasa maupun anak harus dilakukan pengkajian risiko jatuh menggunakan metode pengkajian yang baku sesuai ketentuan rumah sakit. Kriteria risiko jatuh dan intervensi yang dilakukan harus didokumentasikan dalam rekam medis pasien. Pasien yang sebelumnya risiko rendah jatuh dapat meningkat risikonya secara mendadak menjadi risiko tinggi jatuh. Perubahan risiko ini dapat diakibatkan, namun tidak terbatas pada tindakan pembedahan dan/atau anestesi,

perubahan mendadak pada kondisi pasien, dan penyesuaian obat-obatan yang diberikan sehingga pasien memerlukan pengkajian ulang jatuh selama dirawat inap.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) merupakan sistem pelayanan yang wajib diberikan kepada pasien. Tujuannya, agar pasien aman dan nyaman selama menggunakan jasa layanan kesehatan di rumah sakit. Pelayanan kesehatan yang dimaksud adalah pengobatan rawat inap, rawat jalan, tindakan penunjang, tindakan operasi dan tindakan lainnya

Sasaran Keselamatan Pasien Nasional yang terdiri dari:

1. Ketepatan identifikasi pasien,
2. Peningkatan komunikasi yang efektif,
3. Kewaspadaan terhadap obat high alert,
4. BKepercayaan tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi.
5. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
6. Pengurangan risiko pasien jatuh.

Tujuan Sasaran Keselamatan Pasien menurut Kementekes RI tahun 2015 menyebutkan tujuan dari Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) adalah sebagai berikut :

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

Tenaga kesehatan yang bekerja di rumah sakit seharusnya sudah dibekali ilmu pengetahuan tentang sasaran keselamatan pasien, sehingga petugas kesehatan harus memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas dan bermanfaat untuk pasien dalam menghindari insiden keselamatan pasien. Untuk mengurangi insiden keselamatan pasien di rumah sakit yang harus dilakukan adalah meningkatkan pengetahuan tentang sasaran keselamatan pasien di rumah sakit karena tujuan sasaran keselamatan pasien akan tercapai jika setiap elemen pemberi pelayanan di rumah sakit baik secara langsung atau tidak langsung mengerti dan paham tentang standar- standar sasaran keselamatan pasien.

Program sasaran keselamatan pasien adalah hal terpenting yang perlu diperhatikan oleh tenaga Kesehatan yang terlibat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien. Tindakan pelayanan, peralatan kesehatan, dan lingkungan sekitar pasien sudah seharusnya menunjang keselamatan serta kesembuhan dari pasien tersebut. Oleh karena itu, tenaga kesehatan harus memiliki pengetahuan mengenai hak pasien serta mengetahui secara luas dan teliti tindakan pelayanan yang dapat menjaga keselamatan diri pasien serta menjadikan komunikasi sebagai kunci utama untuk dapat memberikan kenyamanan dan keselamatan bagi pasien. Setiap tindakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien sudah sepatutnya memberi dampak positif dan tidak memberikan kerugian bagi pasien. Oleh karena itu, rumah sakit harus memiliki

standar tertentu dalam memberikan pelayanan kepada pasien dan tenaga Kesehatan harus paham tentang standar sasaran keselamatan pasien.

#### DAFTAR PUSTAKA

- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan: Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit. Jakarta.Kementrian Kesehatan RI.2022.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia : Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit Jakarta: Departemen Kesehatan Republik Indonesia.2019. Available from. <http://www.rsmatasmec.com/wp-content/2/2019/04/PEDOMAN-NASIONAL-KESELAMATAN-PASIEN-RS-EDISI-III-2015.pdf>
- Al-Sayedahmed, H., Al-Tawfiq, J., Al-Dossary, B., & Al-Yami, S. Impact of Accreditation Certification on Improving Healthcare Quality and Patient Safety at Johns Hopkins Aramco Healthcare. *Global Journal on Quality and Safety in Healthcare*,4(3), 117-122.2020
- Safarpour, H., Tofighi, M., Malekyan, L., Bazyar, J., Varasteh, S., & Anvary, R.: Patient Safety Attitudes, Skills, Knowledge and Barriers Related to Reporting Medical Errors by Nursing Students. *International Journal of Clinical Medicine*.2018, Available from <http://.go.id/v1/up-/Knowledge and Barriers Related to Reporting Medical Errors.pdf>
- Kementrian Kesehatan RI. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.2008
- Canadian Patient Safety Institute. Patient Safety Incident.2020 Available from <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/Topic/Patient-Safety-Incident.aspx>
- WHO, Geneva *Clinical Excellence Commission Open Disclosure Handbook – Chapter2 ( What Is A Patient Safety Incident? )* 2009 Available from. <http://www.cec.health.nsw.gov.au/ data/ass-what is a patient safety incident.pdf>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 72 tahun 2016 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit. 2016
- Alfiannor Saputera, M: Kesesuaian Penyimpanan Obat High Alert di Instalasi Farmasi RSUD. *Jurnal Insan Farmasi Indonesia*, volume 2(2) pp : 205-211.2019
- Galato D, Galafassi L de M, Alano GM, Trauthman SC. Responsible selfmedication: review of the process of pharmaceutical attendance. *Brazillian journal of pharmaceutical sciences*.45(4):625–33.2009
- Departemen Kesehatan RI. Permenkes RI No. 917/Menkes Per/x/1993 Tentang Penggolongan Obat. Jakarta: Departemen Kesehatan RI; 1993.
- Berríos-Torres, S.I., Umscheid, C.A., Bratzler, Centers for disease control and prevention guideline for the prevention of surgical site infection. *JAMA surgery*, 152(8),pp.784-791.2017
- Cvijanovic, V.S. Surgical site infection incidence and risk factors in thoracic surgical procedures: A 12-year prospective cohort study. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 13(03),pp.212-218.2019

- WHO *Classification of patient-safety incidents in primary care*. Available from <https://www.who.int/bulletin/volumes/96/7/17-199802/en/>. 2020.
- Ariani, M. W. (2018). Pelaksanaan Keselamatan Pasien Melalui Lima Momen Cuci Tangan Sebagai Perlindungan Hak Pasien. *Soepra*.4(1):153.2018
- Salamati, P: Effectiveness of Motivational Interviewing in Promoting Hand Hygiene ofNurs,2009.Availablefrom:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC350597/>.
- Talaat, M, Effects of Hand Hygiene Campaigns on Incidence of Laboratory-confirmed Influenza and Absenteeism in Schoolchildren, Cairo, Egypt, 2008. Available from [https://rsh.co.id/ Hand Hygiene/Laboratory](https://rsh.co.id/HandHygiene/Laboratory).
- Andermann, A, et al, Core competencies for patient safety research: a cornerstone for global capacity strengthening, fall risk *BMJ Qual Saf Health Care*, 2018. Available from <http://www.rsmatasmec.com/wp-content/uploads//2/2018/04-III-pdf>
- Vivrette, R, L, Development of a Fall-Risk Self-Assessment for Community - Dwelling Senior,2011.Available from:<https://www.who.int/bullein/volumes/96/7/17-199802/en/>
- Budi, S. C.:Tren Insiden Berdasarkan Sasaran Keselamatan Pasien, *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2),pp .141146 .2019