

**MODUL PRAKTIKUM**

MANAJEMEN PATIENT SAFETY

Disusun Oleh :

Tim Manajemen Patient Safety

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN MALANG JURUSAN KEPERAWATAN

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG



MODUL PRAKTIKUM

MANAJEMEN *PATIENT SAFETY*

DISUSUN OLEH

Maria Diah Ciptaningtyas, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.MB Edy Suyanto, SST, MPH

POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG JURUSAN KEPERAWATAN

PRODI **D-III** KEPERAWATAN MALANG TAHUN 2019



**VISI DAN MISI**

**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN MALANG JURUSAN KEPERAWATAN**

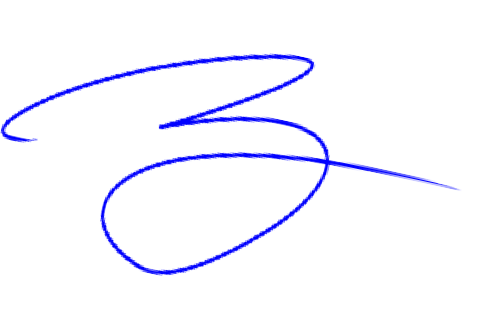
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**

# Visi:

**“Menjadi Program Studi Diploma III Keperawatan yang Berkarakter dan Unggul Terutama di Bidang Keperawatan Komunitas pada Tahun 2019”**

**Misi:**

1. Menyelenggarakan program pendidikan tinggi vokasi bidang keperawatan dengan keunggulan keperawatan komunitas sesuai Standar Nasional Pendidikan Tinggi dan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia, berdasarkan Pancasila, didukung teknologi informasi, dan sistem penjaminan mutu
2. Melaksanakan penelitian terapan dibidang keperawatan terutama keperawatan komunitas
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat berbasis hasil penelitian terapan di bidang keperawatan terutama keperawatan komunitas
4. Meningkatan kuantitas dan kualitas sarana dan prasarana kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi di bidang pendidikan keperawatan
5. Mengembangkan kerjasama Nasional dan Internasional dalam rangka Tri Dharma Perguruan Tinggi di bidang keperawatan
6. Melaksanakan tatakelola organisasi yang kredibel, transparan, akuntabel, bertanggungjawab, dan adil
7. Meningkatkan kualitas dan kuantitas Sumber Daya Manusia yang profesional dalam melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi



**LEMBAR PENGESAHAN**

Modul Praktikum mata kuliah Manajemen *Patient Safety* Tahun 2019 adalah dokumen resmi dan digunakan pada kegiatan Pembelajaran Praktikum Mahasiswa Program Studi D-III Keperawatan Malang Jurusan Keperawatan di Lingkungan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Disahkan pada tanggal Januari 2019

|  |  |
| --- | --- |
| Direktur  Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang  **Budi Susatia, S.Kp M.Kes NIP. 19650318 198803 1002** | Ketua Jurusan Keperawatan  **Imam Subekti, S.Kp M.Kep Sp.Kom NIP. 196512051989121001** |

**KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT atas limpahan rahmat dan karunia- Nya sehingga penyusunan Modul Praktikum Manajemen *Patient Safety* dapat diselesaikan.

Penyusunan modul ini dapat diselesaikan atas bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu kami mengucapkan terimakasih kepada :

1. Budi Susatia, S.Kp., M.Kes, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang atas arahan dan bimbingannya.
2. Imam Subekti, S.Kep.Ns., M.Kep.Sp.Kom, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Malang yang telah memberikan kesempatan dan arahan dalam penyusunan modul.
3. Rekan sejawat dosen di lingkungan Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
4. Semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu, yang telah membantu dalam penyusunan modul ini.

Semoga penyusunan modul ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa keperawatan dan pihak lain yang membutuhkan.

Malang, Januari 2019 Penyusun

# DAFTAR ISI

A. Cover Luar

B. Cover Dalam ................................................................................................ i

C. Visi dan Misi................................................................................................ ii

D. Lembar Pengesahan .................................................................................... iii

E. Kata pengantar ............................................................................................. iv

F. Daftar isi ...................................................................................................... v

G. BAB I PENDAHULUAN

[1.1 Deskripsi ................................................................................................ 1](#_TOC_250006)

[1.2 Capaian Pembelajaran............................................................................ 1](#_TOC_250005)

[1.3 Peserta .................................................................................................... 1](#_TOC_250004)

H. BAB II LANDASAN TEORI DAN TEKNIS PELAKSANAAN

2.1 PRAKTIKUM 1 : Identifikasi Pasien dengan benar ............................. 2

2.2 PRAKTIKUM 2 : Komunikasi efektif................................................... 13

2.3 PRAKTIKUM 3 : Kewaspadaan obat ................................................... 17

2.4 PRAKTIKUM 4 : Lokasi pembedahan yang benar ............................... 23

2.5 PRAKTIKUM 5 : Mengurangi risiko infeksi ........................................ 27

2.6 PRAKTIKUM 6 : Mengurangi risiko jatuh ........................................... 45

[I. TATA TERTIB ............................................................................................. 59](#_TOC_250003)

[J. SANGSI ........................................................................................................ 60](#_TOC_250002)

[K. EVALUASI ................................................................................................. 60](#_TOC_250001)

[L. REFERENSI ................................................................................................ 61](#_TOC_250000)

# BAB I PENDAHULUAN

# DESKRIPSI

Secara garis besar panduan praktikum Manajemen Patient Safety ini disusun berdasarkan kebutuhan praktikum saudara di tempat kerja dalam menerapkan ilmu keperawatan. Penyusunan panduan praktikum Manajemen Patient Safety ini terdiri dari beberapa kegiatan belajar saudara sebagai berikut:

* + 1. Praktikum 1 : Identifikasi Pasien dengan benar
    2. Praktikum 2 : Komunikasi efektif
    3. Praktikum 3 : Kewaspadaan obat
    4. Praktikum 4 : Lokasi pembedahan yang benar
    5. Praktikum 5 : Mengurangi risiko infeksi
    6. Praktikum 6 : Mengurangi risiko jatuh

Kompetensi-kompetensi diatas sangat saudara perlukan dalam menerapkan asuhan keperawatan.

Program pembelajaran praktikum dirancang setelah pembelajaran dikelas tentang konsep selesai diberikan. Kegiatan pembelajaran dimulai dari demonstrasi, simulasi, diskusi secara kelompok maupun individu sehingga setiap mahasiswa dapat memenuhi kompetensi yang sama.

# CAPAIAN PEMBELAJARAN

Setelah mempelajari modul praktikum Manajemen Patient Safety para peserta pembelajaran dapat:

1. Mengidentifikasi pasien dengan benar
2. Melakukan komunikasi efektif
3. Melakukan kewaspadaan obat
4. Mengetahui lokasi pembedahan yang benar
5. Mengurangi risiko infeksi
6. Mengurangi risiko jatuh

# PESERTA

Peserta pembelajaran praktikum adalah mahasiswa Tingkat I semester II.

# BAB II

**LANDASAN TEORI DAN TEKNIS PELAKSANAAN**

* 1. **PRAKTIKUM 1 (WAKTU : 2 x 170 menit)**

**IDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR**

Oleh : Maria Diah Ciptaningtyas, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.MB

# LANDASAN TEORI

1. **Pengertian**

Pengertian identifikasi adalah proses pengumpulan data dan pencatatan segala keterangan tentang bukti-bukti dari seseorang sehingga kita dapat menetapkan dan menyamakan keterangan tersebut dengan individu seseorang.

Gelang identifikasi pasien adalah suatu alat berupa gelang identifikasi yang dipasangkan kepada pasien secara individual yang digunakan sebagai identitas pasien selama dirawat di Rumah Sakit.

# Tujuan

* 1. Mendeskripsikan prosedur untuk memastikan tidak terjadinya kesalahan dalam identifikasi pasien selama perawatan di rumah sakit.
  2. Mengurangi kejadian / kesalahan yang berhubungan dengan salah identifikasi. Kesalahan ini dapat berupa: salah pasien, kesalahan prosedur, kesalahan medikasi, kesalahan transfusi, dan kesalahan pemeriksaan diagnostik.
  3. Mengurangi kejadian cidera pada pasien

# Ruang Lingkup

* 1. Panduan ini diterapkan kepada semua pasien rawat inap, pasien Instalasi Gawat Darurat (IGD), dan pasien yang akan menjalani suatu prosedur.
  2. Pelaksana panduan ini adalah semua tenaga kesehatan (medis, perawat, farmasi, bidan, dan tenaga kesehatan lainnya); staf di ruang rawat, staf administratif, dan staf pendukung yang bekerja di rumah sakit.

# Prinsip

* 1. Semua pasien rawat inap, IGD, dan yang akan menjalani suatu prosedur, harus diidentifikasi dengan benar saat masuk rumah sakit dan selama masa perawatannya.
  2. Kapanpun dimungkinkan, pasien rawat inap harus menggunakan gelang identifikasi dengan minimal 2 data (nama pasien, tanggal lahir).
  3. Tujuan utama tanda identifikasi ini adalah untuk mengidentifikasi pemakainya.
  4. Gelang Identifikasi ini digunakan pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan

spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain.

# Kewajiban dan Tanggung Jawab

* 1. **Seluruh staf Rumah Sakit**
     1. Memahami dan menerapkan prosedur identifikasi pasien
     2. Memastikan identifikasi pasien yang benar ketika pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain.
     3. Melaporkan kejadian salah identifikasi pasien; termasuk hilangnya gelang pengenal.

# SDM yang bertugas (Staf Admission/ Perawat Penanggung Jawab Pasien)

* + 1. Bertanggung jawab memakaikan gelang identifikasi pasien dan memastikan kebenaran data yang tercatat di gelang pengenal.
    2. Memastikan gelang identifikasi terpasang dengan baik. Jika terdapat kesalahan data, gelang identifikasi harus diganti, dan bebas coretan.

# Kepala Instalasi / KepalaRuang

* + 1. Memastikan seluruh staf di Instalasi memahami prosedur identifikasi pasien dan menerapkannya.
    2. Menyelidiki semua insiden salah identifikasi pasien dan memastikan terlaksananya suatu tindakan untuk mencegah terulangnya kembali insidens tersebut.

# Manajer

* + 1. Memantau dan memastikan panduan identifikasi pasien dikelola dengan baik oleh Kepala Instalasi.
    2. Menjaga standarisasi dalam menerapkan panduan identifikasi pasien.

# Tatalaksana Identifikasi

* 1. **Tatalaksana Gelang Identifikasi Pasien**
     1. Semua pasien harus diidentifikasi dengan benar sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah; pengambilan darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis; atau pemberian pengobatan atau tindakan lain.
     2. Pakaikan gelang identifikasi di pergelangan tangan pasien yang dominan, jelaskan dan pastikan gelang tepasang dengan baik dan nyaman untuk pasien.
     3. Pada pasien dengan fistula arterio-vena (pasien hemodialisis), gelang identifikasi tidak boleh dipasang di sisi lengan yang terdapat fistula.
     4. Jika tidak dapat dipakaikan di pergelangan tangan, pakaikan di pergelangan kaki. Pada situasi dimana tidak dapat dipasang di pergelangan kaki, gelang

identifikasi dapat dipakaikan di baju pasien di area yang jelas terlihat. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien. Gelang identifikasi harus dipasang ulang jika baju pasien diganti dan harus selalu menyertai pasien sepanjang waktu.

* + 1. Pada kondisi tidak memakai baju, gelang identifikasi harus menempel pada badan pasien dengan menggunakan perekat transparan/tembus pandang. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien.
    2. Gelang pengenal dan gelang alergi hanya boleh dilepas saat pasien keluar/pulang dari rumah sakit. Gelang risiko jatuh hanya boleh dilepas apabila pasien sudah tidak berisiko jatuh.
    3. Gelang pengenal pasien (Gelang Pink/ Gelang Biru) sebaiknya mencakup **3 detail wajib** yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu:
       1. Nama pasien dengan minimal 2 suku kata
       2. Tanggal lahir pasien (tanggal/bulan/tahun)
       3. Nomor rekam medis pasien
    4. Gelang identifikasi Alergi sebaiknya mencakup **4 detail wajib** yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu:
       1. Nama pasien
       2. Umur Pasien
       3. Nomor rekam medis pasien
       4. Jenis Alergi

1. Gelang identifikasi Risiko Jatuh sebaiknya mencakup **4 detail wajib** yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu:
   1. Nama pasien
   2. Umur Pasien
   3. Nomor rekam medis pasien
   4. Tingkat Risiko Jatuh
2. Detail lainnya adalah warna gelang pengenal sesuai jenis kelamin pasien.
3. Nama tidak boleh disingkat. Nama harus sesuai dengan yang tertulis di rekam medis.
4. Jangan pernah mencoret dan menulis ulang di gelang identifikasi. Ganti gelang identifikasi jika terdapat kesalahan penulisan data.
5. Jika gelang identifikasi terlepas, segera berikan gelang identifikasi yang baru.
6. Gelang Identifikasi harus dipakai oleh semua pasien selama perawatan di rumah sakit.
7. Jelaskan prosedur identifikasi dan tujuannya kepada pasien.
8. Periksa ulang 3 / 4 detail data di gelang identifikasi sebelum dipakaikan ke pasien.
9. Saat menanyakan identitas pasien, selalu gunakan pertanyaan terbuka, misalnya: ‘Siapa nama Anda?’ (jangan menggunakan pertanyaan tertutup seperti ‘Apakah nama anda Ibu Susi?’)
10. Jika pasien tidak mampu memberitahukan namanya (misalnya pada pasien tidak sadar, bayi, disfasia, gangguan jiwa), verifikasi identitas pasien kepada keluarga / pengantarnya. Jika mungkin, gelang pengenal jangan dijadikan satu-satunya bentuk identifikasi sebelum dilakukan suatu intervensi. Tanya ulang nama dan tanggal lahir pasien, kemudian bandingkan jawaban pasien dengan data yang tertulis di gelang pengenalnya.
11. Semua pasien rawat inap dan yang akan menjalani prosedur menggunakan minimal 1 gelang identifikasi.
12. Pengecekan gelang identifikasi dilakukan tiap kali pergantian jaga perawat.
13. Sebelum pasien ditransfer ke unit lain, lakukan identifikasi dengan benar dan pastikan gelang identifikasi terpasang dengan baik.
14. Unit yang menerima transfer pasien harus menanyakan ulang identitas pasien dan membandingkan data yang diperoleh dengan yang tercantum di gelang identifikasi.
15. Pada kasus pasien yang tidak menggunakan gelang identifikasi:
    1. Hal ini dapat dikarenakan berbagai macam sebab, seperti:
       * Menolak penggunaan gelang identifikasi
       * Gelang Identifikasi menyebabkan iritasi kulit
       * Gelang identifikasi terlalu besar
       * Pasien melepas gelang identifikasi
    2. Pasien harus diinformasikan akan risiko yang dapat terjadi jika gelang identifikasi tidak dipakai. Alasan pasien harus dicatat pada rekam medis.
    3. Jika pasien menolak menggunakan gelang identifikasi, petugas harus lebih waspada dan mencari cara lain untuk mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum dilakukan prosedur kepada pasien.

# Tindakan/ prosedur yang membutuhkan identifikasi

* + 1. Berikut adalah beberapa prosedur yang membutuhkan identifikasi pasien:
       1. Pemberian obat-obatan
       2. Prosedur pemeriksaan radiologi (rontgen, MRI, dan sebagainya)
       3. Intervensi pembedahan dan prosedur invasif lainnya
       4. Transfusi darah
       5. Pengambilan sampel (misalnya darah, tinja, urin, dan sebagainya)
       6. Transfer pasien
       7. Konfirmasi kematian
    2. Para staf RS Royal Progress harus mengkonfirmasi identifikasi pasien dengan benar dengan menanyakan nama dan tanggal lahir pasien, kemudian membandingkannya dengan yang tercantum di rekam medis dan gelang pengenal. **Jangan** menyebutkan nama, tanggal lahir, dan alamat pasien dan meminta pasien untuk mengkonfirmasi dengan jawaban ya / tidak.
    3. **Jangan melakukan prosedur** apapun jika pasien tidak memakai gelang pengenal. Gelang pengenal harus dipakaikan ulang oleh perawat yang

bertugas menangani pasien secara personal sebelum pasien menjalani suatu prosedur.

# Tatalaksana Identifikasi Pasien Pada Pemberian Obat-Obatan

* + 1. Perawat harus memastikan identitas pasien dengan benar sebelum melakukan prosedur, dengan cara:
       1. Meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya.
       2. Periksa dan bandingkan data pada gelang pengenal dengan rekam medis. Jika data yang diperoleh sama, lakukan prosedur/ berikan obat Jika terdapat ≥ 2 pasien di ruangan rawat inap dangan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya.
    2. Jika data pasien tidak lengkap, informasi lebih lanjut harus diperoleh sebelum pemberian obat dilakukan.

# Tatalaksana Identifikasi Pasien yang Menjalani Pemeriksaan Radiologi

* + 1. Petugas Radiologi harus memastikan identitas pasien dengan benar sebelum melakukan prosedur, dengan cara:
       1. Meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya.
       2. Periksa dan bandingkan data pada gelang pengenal dengan rekam medis. Jika data yang diperoleh sama, lakukan prosedur.
       3. Jika terdapat ≥ 2 pasien di departemen radiologi dangan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya.
    2. Jika data pasien tidak lengkap, informasi lebih lanjut harus diperoleh sebelum pajanan radiasi (*exposure)* dilakukan.

# Tatalaksana Identifikasi Pasien yang Menjalani Tindakan Operasi

* + 1. Petugas di kamar operasi harus mengkonfirmasi identitas pasien
    2. Jika diperlukan untuk melepas gelang identifikasi selama dilakukan operasi, tugaskanlah seorang perawat di kamar operasi untuk bertanggungjawab melepas dan memasang kembali gelang identifikasi pasien.
    3. Gelang identifikasi yang dilepas harus ditempelkan di depan rekam medis pasien

# Tatalaksana Identifikasi Pasien yang akan Dilakukan Pengambilan dan Pemberian Darah (Transfusi Darah)

* + 1. Identifikasi, pengambilan, pengiriman, penerimaan, dan penyerahan komponen darah (transfusi) merupakan tanggungjawab petugas yang mengambil darah.
    2. Dua orang staf RS yang kompeten harus memastikan kebenaran: data demografik pada kantong darah, jenis darah, golongan darah pada pasien

dan yang tertera pada kantong darah, waktu kadaluasanya, dan identitas pasien pada gelang pengenal.

* + 1. Staf RS harus meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya
    2. Jika staf RS tidak yakin / ragu akan kebenaran identitas pasien, **jangan** lakukan transfusi darah sampai diperoleh kepastian identitas pasien dengan benar.

# Tatalaksana Identifikasi pada Bayi Baru Lahir atau Neonatus

* + 1. Gunakan gelang pengenal di ekstremitas yang berbeda
    2. Untuk bayi baru lahir yang masih belum diberi nama, data di gelang pengenal berisikan jenis kelamin bayi, nama ibu, tanggal dan jam lahir bayi, nomor rekam medis bayi, dan modus kelahiran.
    3. Saat nama bayi sudah didaftarkan, gelang pengenal berisi data ibu dapat dilepas dan diganti dengan gelang pengenal yang berisikan data bayi.
    4. Gunakan gelang pengenal berwarna **merah muda** (*pink)* untuk bayi perempuan dan **biru** untuk bayi laki-laki.
    5. Pada kondisi di mana jenis kelamin bayi sulit ditentukan, gunakan gelang pengenalberwarna putih.

# Tatalaksana Identifikasi Pasien Rawat Jalan

* + 1. Tidak perlu menggunakan gelang pengenal
    2. Sebelum melakukan suatu prosedur/ terapi, tenaga medis/ perawat harus menanyakan identitas pasien berupa nama dan tanggal lahir. Data ini harus dikonfirmasi dengan yang tercantum pada rekam medis.
    3. Jika pasien adalah rujukan dari dokter umum / puskesmas / layanan kesehatan lainnya, surat rujukan harus berisi identitas pasien berupa nama lengkap, tanggal lahir, dan alamat. Jika data ini tidak ada, prosedur / terapi tidak dapat dilaksanakan. Jika pasien rawat jalan tidak dapat mengidentifikasi dirinya sendiri, verifikasi data dengan menanyakan keluarga / pengantar pasien.

# Tatalaksana Identifikasi Nama Pasien yang Sama di Ruangan Rawat Inap

* + 1. Jika terdapat pasien dengan nama yang sama, harus diinformasikan kepada perawat yang bertugas setiap kali pergantian jaga.
    2. Berikan label / penanda berupa ‘pasien dengan nama yang sama’ di lembar pencatatan, lembar obat-obatan, dan lembar tindakan.
    3. Kartu bertanda ‘pasien dengan nama yang sama’ harus dipasang di papan nama pasien agar petugas dapat memverifikasi identitas pasien.

# Tatalaksana Identifikasi Pasien yang Identitasnya Tidak Diketahui

* + 1. Pasien akan dilabel menurut prosedur RS Royal Progress sampai pasien dapat diidentifikasi dengan benar. Contoh pelabelan yang diberikan berupa: Tn X/ Ny X, Pria/Wanita Tidak Dikenal
    2. Saat pasien sudah dapat diidentifikasi, berikan gelang pengenal baru dengan identitas yang benar.

# Tatalaksana Identifikasi Pasien Dengan Gangguan Jiwa

* + 1. Kapanpun dimungkinkan, pasien gangguan jiwa harus menggunakan gelang pengenal.
    2. Akan tetapi terdapat hal-hal seperti kondisi pasien atau penanganan pasien yang menyebabkan sulitnya mendapat identitas pasien dengan benar sehingga perlu dipertimbangkan untuk menggunakan metode identifikasi lainnya.
    3. Identifikasi pasien dilakukan oleh petugas yang dapat diandalkan untuk mengidentifikasi pasien, dan lakukan pencatatan di rekam medis.
    4. Pada kondisi di mana petugas tidak yakin / tidak pasti dengan identitas pasien (misalnya saat pemberian obat), petugas dapat menanyakan nama dan tanggal lahir pasien (jika memungkinkan) dan dapat dicek ulang pada rekam medis.
    5. Jika terdapat ≥ 2 pasien dengan nama yang sama di ruang rawat, berikan tanda / label notifikasi pada rekam medis, papan nama pasien, dan dokumen lainnya

# Tatalaksana Identifikasi Pasien yang Meninggal

* + 1. Pasien yang meninggal di ruang rawat RS Royal Progress harus dilakukan konfirmasi terhadap identitasnya dengan gelang pengenal dan rekam medis (sebagai bagian dari proses verifikasi kematian).
    2. Semua pasien yang telah meninggal harus diberi identifikasi dengan menggunakan 2 gelang pengenal, satu di pergelangan tangan dan satu lagi di pergelangan kaki.
    3. Satu salinan surat kematian harus ditempelkan di kain kafan. Jika pasien menggunakan kantong jenazah, salinan kedua harus ditempelkan di kantong jenazah (*body bag)*. Salinan ketiga disimpan di rekam medis pasien.

# Macam-macam Gelang Identifikasi

Gelang identifikasi pasien yang tersedia di RS Royal Progress adalah sebagai berikut :

* 1. Gelang berwarna merah muda/ pink untuk pasien berjenis kelamin perempuan.
  2. Gelang berwarna biru untuk pasien berjenis kelamin laki-laki.
  3. Gelang berwarna merah untuk pasien dengan alergi tertentu.

Catatan : Semua pasien harus ditanyakan apakah mereka memiliki alergi tertentu.

Semua jenisalergi harus dicatat pada rekam medis pasien.

* 1. Gelang berwarna kuning untuk pasien dengan risiko jatuh.

Catatan : Semua pasien harus dikaji apakah mereka berisiko jatuh dan dicatat pada rekam medisnya.

# Melepas Gelang Identifikasi

* 1. Gelang pengenal (Gelang Pink/ Gelang Biru), hanya dilepas saat pasien pulang atau keluar dari rumah sakit.
  2. Gelang untuk alergi (Gelang Merah), hanya dilepas saat pasien pulang atau keluar dari rumah sakit.
  3. Gelang untuk risiko jatuh (Gelang Kuning), hanya dilepas saat pasien sudah tidak berisiko untuk jatuh
  4. Yang bertugas melepas gelang identifikasi adalah perawat yang bertanggungjawab terhadap pasien selama masa perawatan di rumah sakit (PPJP).
  5. Gelang identifikasi dilepas setelah semua proses selesai dilakukan. Proses ini meliputi: pemberian obat-obatan kepada pasien dan pemberian penjelasan mengenai rencana perawatan selanjutnya kepada pasien dan keluarga.
  6. Gelang identifikasi yang sudah tidak dipakai harus digunting menjadi potongan- potongan kecil sebelum dibuang ke tempat sampah.
  7. Terdapat kondisi-kondisi yang memerlukan pelepasan gelang identifikasi sementara (saat masih dirawat di rumah sakit), misalnya lokasi pemasangan gelang identifikasi mengganggu suatu prosedur. Segera setelah prosedur selesai dilakukan, gelang identifikasi dipasang kembali.

# Pelaporan Insiden/ Kejadian Kesalahan Identifikasi Pasien

* 1. Setiap petugas yang menemukan adanya kesalahan dalam identifikasi pasien harus segera melapor kepada petugas yang berwenang di ruang rawat / departemen tersebut, kemudian melengkapi laporan insidens.
  2. Petugas harus berdiskusi dengan Kepala Instalasi atau Manajer mengenai pemilihan cara terbaik dan siapa yang memberitahukan kepada pasien / keluarga mengenai kesalahan yang terjadi akibat kesalahan identifikasi.
  3. Contoh kesalahan yang dapat terjadi adalah:
     1. Kesalahan penulisan alamat di rekam medis
     2. Kesalahan informasi / data di gelang pengenal
     3. Tidak adanya gelang pengenal di pasien
     4. Misidentifikasi data / pencatatan di rekam medis
     5. Misidentifikasi pemeriksaan radiologi (rontgen)
     6. Misidentifikasi laporan investigasi
     7. Misidentifikasi perjanjian (*appointment*)
     8. Registrasi ganda saat masuk rumah sakit
     9. Salah memberikan obat ke pasien
     10. Pasien menjalani prosedur yang salah
     11. Salah pelabelan identitas pada sampel darah
  4. Kesalahan juga termasuk insiden yang terjadi akibat adanya misidentifikasi, dengan atau tanpa menimbulkan bahaya, dan juga insidens yang hampir terjadi di mana misidentifikasi terdeteksi sebelum dilakukan suatu prosedur.
  5. Beberapa penyebab umum terjadinya misidentifikasi adalah:
     1. Kesalahan pada administrasi / tata usaha
        1. Salah memberikan label
        2. Kesalahan mengisi formulir
        3. Kesalahan memasukkan nomor / angka pada rekam medis
        4. Penulisan alamat yang salah
        5. Pencatatan yang tidak benar / tidak lengkap / tidak terbaca
     2. Kegagalan verifikasi
        1. Tidak adekuatnya / tidak adanya protokol verifikasi
        2. Tidak mematuhi protokol verifikasi
        3. Kesulitan komunikasi
           + Hambatan akibat penyakit pasien, kondisi kejiwaan pasien, atau keterbatasan bahasa
           + Kegalan untuk pembacaan kembali
           + Kurangnya kultur / budaya organisasi
  6. Jika terjadi insidens akibat kesalahan identifikasi pasien, lakukan hal berikut ini:
     1. Pastikan keamanan dan keselamatan pasien
     2. Pastikan bahwa tindakan pencegahan cedera telah dilakukan
     3. Jika suatu prosedur telah dilakukan pada pasien yang salah atau dilakukan di tempat yang salah, para klnisi harus memastikan bahwa langkah-langkah yang penting telah diambil untuk melakukan prosedur yang tepat pada pasien yang tepat.

# Revisi Dan Audit

* 1. Kebijakan ini akan dikaji ulang dalam kurun waktu 2 tahun
  2. Rencana audit akan disusun dengan bantuan audit medik dan panitia keselamatan pasien serta akan dilaksanakan dalam waktu 6 bulan setelah implementasi kebijakan. Audit klinis ini meliputi:
     1. Jumlah persentase pasien yang menggunakan gelang pengenal
     2. Akurasi dan reliabilitas informasi yang terdapat di gelang pengenal
     3. Alasan mengapa pasien tidak menggunakan gelang pengenal
     4. Efikasi cara identifikasi lainnya
     5. Insiden yang terjadi dan berhubungan dengan misidentifikasi
  3. Setiap pelaporan insiden yang berhubungan dengan identifikasi pasien akan dipantau dan ditindaklanjuti saat dilakukan revisi kebijakan.

# Algoritma Identifikasi Pasien

Pasien masuk rumah sakit

Melalui IGD / Klinik



Dirawat untuk menjalani operasi elektif

Apakah terdapat rekam medis sebelumnya

Apakah terdapat rekam medis sebelumnya

Ya Tidak

* Identitas pasien diperiksa dan dibandingkan dengan rekam medis.
* Buatlah gelang pengenal berisi nama depan dan tengah, tanggal lahir, nomor rekam medis
* Bila pasien Alergi, buatlah gelang identifikasi alergi berisi nama, umur, No RM, Jenis Alergi
* Bila pasien berisiko jatuh, buatlah gelang identifikasi alergi berisi nama, umur, No RM, Tingkat Risiko Jatuh
* Data di gelang identifikasi diperiksa ulang pada pasien
* Lengkapi identitas pasien
* Gelang pengenal dibuat dan diperiksa ulang pada pasien

Ya Tidak

* Identitas pasien diperiksa dari rekam medis.
* Buatlah gelang pengenal berisi nama depan dan tengah, tanggal lahir, nomor rekam medis
* Bila pasien Alergi, buatlah gelang identifikasi alergi berisi nama, umur, No RM, Jenis Alergi
* Bila pasien berisiko jatuh, buatlah gelang identifikasi alergi berisi nama, umur, No RM, Tingkat Risiko Jatuh

• Lengkapi identitas pasien

• Gelang pengenal dibuat dan

* Data di gelang identifikasi diperiksa ulang pada pasien
* Lengkapi identitas pasien
* Gelang identifikasi dibuat dan diperiksa ulang pada pasien

Gelang pengenal dipakaikan ke pergelangan tangan pasien yang dominan (misalnya: tangan yang digunakan)

* + Gelang pengenal pasien diperiksa, pasien diminta untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya sebelum menjalani prosedur, seperti:
    - Pengambilan darah/ sampel cairan tubuh lainnya
    - Transfusi darah
    - Pemberian obat-obatan
    - Intervensi pembedahan dan prosedur invasif lainnya
    - Transfer pasien
    - Prosedur pemeriksaan radiologi (rontgen, MRI, dan sebagainya)
* Gelang identifikasi harus diperiksa setiap pergantian jaga oleh perawat berikutnya untuk memastikan gelang terpasang dengan baik dan terbaca.
* Ganti gelang identifikasi jika terdapat kesalahan data
* Jangan mencoret atau menimpa tulisan sebelumnya dengan data baru
* Lepas gelang identifikasi saat pasien pulang / keluar dari rumah sakit
* Lepas gelang risiko jatuh bila pasien sudah tidak berisiko untuk jatuh

# B. TEKNIS PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum Manajemen Patient Safety dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
2. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
4. Wajib mengisi presesnsi setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa

# PRAKTIKUM 2 (WAKTU : 2 x 170 menit)

**KOMUNIKASI EFEKTIF**

Oleh : Edy Suyanto, SST, MPH

# LANDASAN TEORI

Manusia sebagai makhluk sosial tentunya selalu memerlukan orang lain dalam menjalankan dan mengembangkan kehidupannya. Hubungan dengan orang lain akan terjalin bila setiap individu melakukan komunikasi diantara sesamanya. Kepuasan dan kenyamanan serta rasa aman yang dicapai oleh individu dalam berhubungan sosial dengan orang lain merupakan hasil dari suatu komunikasi. Komunikasi dalam hal ini menjadi unsur terpenting dalam mewujudkan integritas diri setiap manusia sebagai bagian dari sistem social (Muharamiatul, 2012).

Komunikasi yang terjadi dalam kehidupan sehari-hari memberikan dampak yang sangat penting dalam kehidupan, baik secara individual maupun kelompok. Komunikasi yang terputus akan memberikan dampak pada buruknya hubungan antar individu atau kelompok. Tatanan klinik seperti rumah sakit yang dinyatakan sebagai salah satu sistem dari kelompok sosial mempunyai kepentingan yang tinggi pada unsur komunikasi. Komunikasi di lingkungan rumah sakit diyakini sebagai modal utama untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang akan ditawarkan kepada konsumennya. Konsumen dalam hal ini juga menyangkut dua sisi yaitu konsumen internal dan konsumen eksternal. Konsumen internal melibatkan unsur hubungan antar individu yang bekerja. Komunikasi di lingkungan rumah sakit diyakini sebagai modal utama untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang akan ditawarkan kepada konsumennya. Konsumen dalam hal ini juga menyangkut dua sisi yaitu konsumen internal dan konsumen eksternal. Konsumen internal melibatkan unsur hubungan antar individu yang bekerja di rumah sakit, baik hubungan secara horisontal ataupun hubungan secara vertikal. Hubungan yang terjalin antar tim multidisiplin termasuk keperawatan, unsur penunjang lainnya, unsur adminitrasi sebagai provider merupakan gambaran dari sisi konsumen internal. Sedangkan konsumen eksternal lebih mengarah pada sisi menerima jasa pelayanan, yaitu klien baik secara individual, kelompok, keluarga maupun masyarakat yang ada di rumah sakit. Seringkali hubungan buruk yang terjadi pada suatu rumah sakit, diprediksi penyebabnya adalah buruknya sistem komunikasi antar individu yang terlibat dalam sistem tersebut (Mundakir, 2006). Hal ini terjadi karena beberapa sebab diantaranya adalah :

* + - 1. Lemahnya pemahaman mengenai penggunaan diri secara terapeutik saat melakukan intraksi dengan klien.
      2. Kurangnya kesadaran diri para perawat dalam menjalankan komunikasi dua arah secara terapeutik.
      3. Lemahnya penerapan sistem evaluasi tindakan ( kinerja ) individual yang berdampak terhadap lemahnya pengembangan kemampuan diri sendiri.

Menurut Muharamiatul (2012), faktor yang mempengaruhi komunikasi antara lain :

1. Situasi atau suasana

Situasi atau suasana yang penuh kebisangan akan mempengaruhi baik atau tidaknya pesan diterima oleh komunikan, suara bising yang diterima komunikan saat proses komunikasi berlangsung membuat pesan tidak jelas, kabur, bahkan sulit diterima. Oleh karena itu, sebelum proses komunikasi dilaksanakan, lingkungan harus diciptakan sedemikian rupa supaya tenang dan nyaman. Komunikasi yang berlangsung dan dilakukan pada waktu yang kurang tepat mungkin diterima dengan kurang tepat pula. Misalnya, apabila perawat memberikan penjelasan kepada orang tua tentang cara menjaga kesterilan luka pada saat orang tua sedang sedih, tentu saja pesan tersebut kurang diterima dengan baik oleh orang tua karena perhatian orang tua tidak berfokus pada pesan yang disampaikan perawat, melainkan pada perasaan sedihnya.

1. Kejelasan pesan

Kejelasan pesan akan sangat mempengaruhi keefektifan komunikasi. Pesan yang kurang jelas dapat ditafsirkan berbeda oleh komunikan sehingga antara komunikan dan komunikator dapat berbeda persepsi tentang pesan yang disampaikan. Hal ini akan sangat mempengaruhi pencapaian tujuan komunikasi yang dijalankan. Oleh karena itu, komunikator harus memahami pesan sebelum menyampaikannya pada komunikan, dapat dimengerti komunikan dan menggunakan artikulasi dan kalimat yang jelas.

Hubungan perawat dengan dokter adalah satu bentuk hubungan interaksi yang telah cukup lama dikenal ketika memberikan bantuan kepada pasien. Perspektif yang berbeda dalam memendang pasien, dalam prakteknya menyebabkan munculnya hambatan-hambatan teknik dalam melakukan proses kolaborasi. Kendala sikologi keilmuan dan individual, factor sosial, serta budaya menempatkan kedua profesi ini memunculkan kebutuhan akan upaya kolaborsi yang dapat menjadikan keduanya lebih solid dengan semangat kepentingan pasien.

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa banyak aspek positif yang dapat timbul jika hubungan kolaborasi dokter dengan perawat berlangsung baik. American Nurses Credentialing Center (ANCC) melakukan risetnya pada 14 Rumah Sakit melaporkan bahwa hubungan dokter dengan perawat bukan hanya mungkin dilakukan, tetapi juga berlangsung pada hasil yang dialami pasien. Terdapat hubungan kolerasi positif antara kualitas huungan dokter perawat dengan kualitas hasil yang didapatkan pasien.

Hambatan kolaborasi dokter dengan perawat sering dijumpai pada tingkat profesional dan institusional. Perbedaan status dan kekuasaan tetap menjadi sumber utama ketidaksesuaian yang membatasi pendirian profesional dalam aplikasi kolaborasi. Dokter cenderung pria, dari tingkat ekonomi lebih tinggi dan biasanya fisik lebih besar dibanding perawat, sehingga iklim dan kondisi sosial masih mendkung dominasi dokter. Inti sesungghnya dari konflik perawat dan dokter terletak pada perbedaan sikap profesional mereka terhadap pasien dan cara berkomunikasi diantara keduanya.

Dari hasil berbagai penelitian di Rumah Sakit nampaknya perawat dalam memberikan asuhan keperawatan belum dapat melaksanakan fungsi kolaborasi khususnya dengan dokter. Perawat bekerja memberikan pelayanan kepada pasien berdasarkan instruksi medis yang juga didokumentasikan secara baik, sementara dokumentasi asuhan keperawatan meliputi proses keperawatan tidak ada. Disamping itu hasil wawancara penulis dengan beberapa perawat Rumah Sakit Pemerintah dan swasta, mereka menyatakan bahwa banyak kendala yang dihadapi dalam melaksanakan kolaborasi, diantaranya pandangan dokter yang selalu menganggap bahwa perawat merupakan tenaga vokasional, perawat sebagai asistennya, serta kebijakan Rumah Sakit yang kurang mendukung. Isu tersebut jika tidak ditanggapi dengan benar dan proporsional dikhawatirkan dapat menghambat upaya melindungi kepentingan pasien dan masyarakat yang membutuhkan jasa pelayang kesehatan, serta menghambat upaya pengembangan dari keperawatan sebagai profesi (Muharamiatul, 2012).

# TEKNIS PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum Manajemen Patient Safety dengan ketentuan sebagai berikut :

* + - 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
      2. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
      3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
      4. Wajib mengisi presesnsi setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
      5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
      6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
      7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa

# PRAKTIKUM 3 (WAKTU : 3 x 170 menit)

**KEWASPADAAN OBAT**

Oleh : Maria Diah Ciptaningtyas, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.MB

# LANDASAN TEORI

*High alert medications* memiliki risiko yang lebih tinggi dalam menyebabkan komplikasi, efek samping, atau bahaya. Hal ini dapat dikarenakan adanya rentang dosis terapeutik dan keamanan yang sempit atau karena insidens yang tinggi akan terjadinya kesalahan.

Yang termasuk obat High Alert:

**Tabel Obat-obatan dalam Kategori High Alert Medications1**

|  |
| --- |
| **Kategori / Kelas Obat-obatan Jenis obat** |
| **Agonis adnergik IV** Epinefrin, fenilefrin, norepinefrin, isoproterenol |
| **Antagonis adrenergic IV** Propanolol, metoprolol, labetalol |
| **Agen anestesi (umum, inhalasi, dan IV)** Propofol, ketamin |
| **Anti-aritmia IV** Lidokain, amiodaron |
| **Anti-trombotik, termasuk:**   1. **Antikoagulan** • Warfarin, LMWH (low-molecular-weight heparin), unfractionated heparin IV 2. **Inhibitor faktor Xa** • Fondaparinux 3. **Direct thrombin inhibitors** • Argatroban, bivalrudin, dabigatran etexilate,   lepirudin   1. **Trombolitik** • Alteplase, reteplase, tenecteplase 2. **Inhibitor glikoprotein IIb/IIIa** • Eptifibatide , abciximab, tirofiban |
| **Larutan / solusio kardioplegik** |
| **Agen kemoterapi (parenteral dan oral)** |
| **Dekstrosa hipertonik ( ≥ 20%)** |
| **Larutan dialysis (peritoneal dan hemodialisis)** |
| **Obat-obatan epidural atau intratekal** |
| **Obat hipoglikemik (oral)** |
| **Obat inotropik IV** Digoksin, milrinone |
| **Insulin (SC dan IV)** Insulin regular, aspart, NPH, glargin |
| **Obat-obatan dengan bentuk liposomal** amfoterisin B liposomal |
| **Agen sedasi moderat / sedang IV** Dexmedetomidine, midazolam |
| **Agen sedasi moderat / sedang oral, untuk anak** Chloral hydrate, ketamin, midazolam |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | |
| **Epoprostenol IV** | | |
| **Injeksi Magnesium Sulfat (MgSO4)** | | |
| **Digoksin IV** | | |
| **Metotreksat oral (penggunaan non-onkologi)** | | |
| **Opium tincture** | | |
| **Oksitosin IV** | | |
| **Injeksi natrium nitropruside** | | |
| **Injeksi kalium fosfat** | | |
| **Prometazin IV** | | |
| **Kalsium intravena** | | |
| **Vasopressin (IV atau intraoseus)** | | |
| **antikonvulsan** | benzodiazepine |  |
| **Opioid / narkose:**   1. **IV** 2. **Transdermal** 3. **Oral (termasuk konsentrat cair, formula rapid dan lepas lambat)** | | |
| **Agen blok neuromuscular** | Suksinilkolin, rokuronium, atrakurium, pankuronium | vekuronium, |
| **Preparat nutrisi parenteral** | | |
| **Agen radiokontras IV** | | |
| **Akua bi destilata, inhalasi, dan irigasi (dalam kemasan ≥ 100ml)** | | |
| **NaCl untuk injeksi, hipertonik, dengan konsentrasi > 0,9%** | | |
| **Konsentrat KCl untuk injeksi** | | |

* Vial yang mengandung konsentrat elektrolit (misalnya KCl) tidak boleh disimpan di lingkup atau area perawatan pasien
* Obat-obatan yang digunakan dalam emergensi medis (misalnya: kondisi mengancam nyawa yang bersifat gawat darurat) tidak diwajibkan untuk mengikuti Pedoman dan Prosedur Penggunaan *high alert medications*

(Look Alike Sound Alike = Nama Obat Rupa Mirip):



Alinamin F dan Dopamin



Epinefrin dan Vitamin K

HAL-HAL PENTING YANG PERLU DIPERHATIKAN

* + - 1. Setiap depo farmasi, ruang rawat, poliklinik harus memiliki daftar obat High Alert
      2. Setiap tenaga kesehatan harus mengetahui penanganan khusus untuk obat High Alert.
      3. Obat high alert disimpan di tempat terpisah, akses terbatas, diberi label High Alert
      4. Elektrolit pekat KCl 7,46 % dan obat kanker harus diencerkan terlebih dahulu di depo farmasi dengan pelarut yang sesuai sebelum diberikan kepada perawat untuk diberikan kepada pasien.
      5. Penyiapan injeksi Heparin dilakukan di depo farmasi sesuai dosis yang diperlukan.

CONTOH JENIS-JENIS LABEL

Label penanda Luar Label penanda obat Label L A S A (Box obat)

1. PENYIMPANAN OBAT HIGH ALERT : “ELEKTROLIT PEKAT

kebijakan untuk penyimpanan elektrolit pekat:

* + Elektrolit pekat KCl tidak boleh disimpan di ruang perawatan
  + Selain KCl pekat, obat high alert lainnya diizinkan disimpan diruang operasi, ICU, NICU, PICU, CEU, IGD, stroke unit, High Care dengan syarat ditandai label high alert dan wadah berbingkai merah s.

1. PENYIMPANAN OBAT HIGH ALERT DI RUANG PERAWATAN
   * Lokasi dengan akses terbatas.
   * Dalam lemari/box bertanda high alert dan berbingkai merah
   * Obat diberi penandaan yang jelas berupa stiker High Alert
2. PERESEPAN OBAT HIGH ALERT
3. Dokter menulis resep yang berisi nama obat, dosis obat, frekuensi, rute pemberian, jenis &v olume larutan infus yang sesuai
4. Instruksi lisan hanya dibolehkan pada keadaan emergensi
5. PENYIAPAN & PENYERAHAN OBAT HIGH ALERT
6. Petugas farmasi melakukan verifikasi resep obat *High Alert,* sesuai buku formularium dan formularium yang lain (sumber rujukan)
7. Petugas depo farmasi menggaris bawahi merah pada setiap obat High Alert
8. Pengecekan ulang oleh petugas farmasi yang berbeda/ *double check*
9. Penyerahan obat kepada Perawat disertai informasi yang sesuai
10. PEMBERIAN OBAT HIGH ALERT KEPADA PASIEN
11. Sebelum Perawat memberikan obat *high alert* kepada pasien, Perawat lain harus melakukan pemeriksaan kembali secara independen *(double check*)*:*

* kesesuaian antara obat dengan rekam medik/ instruksi dokter dan dengan kardeks.
* ketepatan perhitungan dosis obat
* identitas pasien

1. Obat *high alert* infus harus dipastikan:

* Ketepatan kecepatan infus.
* Jika obat lebih dari satu, tempelkan label nama obat pada *syringe pump* dan di setiap ujung jalur slang

1. Setiap kali pasien pindah ruang rawat, Perawat pengantar menjelaskan kepada Perawat penerima pasien, bahwa pasien mendapatkan obat *high alert.*

**PEMBERIAN *HIGH ALERT MEDICATIONS* PADA PEDIATRIK DAN NEONATUS**

1. *High alert medications* pada neonatus dan pediatric serupa dengan obat-obatan pada dewasa, dan obat-obatan di bawah ini:
   1. Regicide (semua jalur pemberian)
   2. Chloral hydrate (semua jalur pemberian)
   3. Insulin (semua jalur pemberian)
   4. Digoksin (oral dan IV)
   5. Infuse dopamine, dobutamin, epinefrin, norepinefrin
2. Pemberian **chloral hydrate** untuk sedasi:
   1. Kesalahan yang sering terjadi:
3. Dosis tertukar karena terdapat 2 sediaan: 250 mg/5ml dan 500 mg/5ml.
4. Instruksi sering dalam bentuk satuan volume (ml), dan bukan dalam dosis mg.
5. Pasien agitasi sering mendapat dosis multipel sebelum dosis yang pertama mencapai efek puncaknya sehingga mengakibatkan terjadinya overdosis.
   1. Tidak boleh untuk penggunaan di rumah
   2. Monitor semua anak yang diberikan chloral hydrate untuk sedasi pre- operatif sebelum dan setelah prosedur dilakukan. buatlah rencana resusitasi dan pastikan tersedianya peralatan resusitasi.
6. **Prosedur pemberian obat:**
   1. Lakukan pengecekan ganda oleh 2 orang petugas kesehatan yang berkualitas (perawat, dokter, ahli farmasi)
   2. Berikut adalah konsentrasi standar obat-obatan untuk penggunaan secara kontinu

infuse intravena untuk semua pasien pediatric yang dirawat, PICU, dan NICU. Berikan label ‘konsentrasi …….’ untuk spuit atau botol infuse dengan konsentrasi modifikasi.

**Tabel Konsentrasi Standar Obat-obatan untuk Pediatric, PICU, dan NICU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Obat** | **Konsentrasi 1** | **Konsentrasi 2** | **Konsentrasi 3** |
| **KCl** | 0,1 mEq/ml  (10 mEq/100ml) | 0,2  mEq/ml  (20  mEq/100ml), |  |
| **Spesifik untuk pediatric / PICU** | | | |
| **Dopamin** | 1600 mcg/ml  (400 mcg/250ml) | 3200 mcg/ml  (800 mcg/250ml) |  |
| **Dobutamin** | 200 mcg/ml  (500 mcg/250ml) | 4000 mcg/ml  (1 mg g/250ml) |  |
| **Epinefrin** | 16 mcg/ml  (4 mg/250ml) | 64 mcg/ml  (16 mg/250ml) |  |
| **Norepinefrin** | 16 mcg/ml  (4 mg/250ml) | 32 mcg/ml  (8 mg/250ml) | 64 mcg/ml  (16 mg/250ml) |
| **Insulin, regular** | 0,5 unit/ml | 1 |  |
| **Spesifik untuk NICU** | | | |
| **Dopamine** | 400 mcg/ml | 800 mcg/ml | 1600 mcg/ml |
| **Dobutamin** | 500 mcg/ml | 1000 mcg/ml | 2000 mcg/ml |
| **Epinefrin** | 20 mcg/ml | 40 mcg/ml |  |
| **Insulin, regular** | 0,1 unit/ml | 0,5 unit/ml |  |
| **Fentanil** | 4 mcg/ml | 12,5 mcg/ml |  |

* 1. Hanya staf yang berpengalaman dan kompeten yang diperbolehkan memberikan obat.
  2. Simpan dan instruksikan hanya 1 (satu) konsentrasi
  3. Harus memberikan instruksi dalam satuan milligram, tidak boleh menggunakan satuan milliliter
  4. Jangan menginstruksikan penggunaan obat-obatan ini sebagai rutinitas / jika perlu. Jika diperlukan pemberian obat secara *pro re nata* (jika perlu), tentukan dosis maksimal yang masih diperbolehkan (misalnya: dosis maksimal 500 mg perhari).

# TEKNIS PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum Manajemen Patient Safety dengan ketentuan sebagai berikut :

* + - 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
      2. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
      3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
      4. Wajib mengisi presesnsi setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
      5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
      6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
      7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa

# PRAKTIKUM 4 (WAKTU : 2 x 170 menit)

**LOKASI PEMBEDAHAN YANG BENAR**

Oleh : Maria Diah Ciptaningtyas, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.MB

# LANDASAN TEORI

Manajemen kamar operasi atau tempat tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan pelayanan penanganan pasien, meningkatkan kepuasan pasien, meningkatkan kepuasan tim bedah yang mencakup di dalamnya dokter bedah, dokter anestesi, dan perawat.

1. **Keamanan dan Keselamatan Tindakan Bedah**

Beberapa hal yang berpotensi untuk menimbulkan kesalahan pada tindakan bedah ( salah pasien, salah lokasi dan salah prosedur ) :

* 1. Lebih dari satu dokter bedah terlibat
  2. Dilakukan lebih dari satu prosedur
  3. Pasien memiliki beberapa karakteristik khusus, seperti deformitas fisik atau obesitas masif
  4. Ada beberapa pasien yang memiliki nama yang sama atau prosedur yang sama atau di waktu yang bersamaan

Tiga hal penting dalam tindakan bedah :

1. Proses verifikasi
2. Menandai lokasi yang akan dilakukan operasi
3. Melakukan prosedur / ceklist keselamatan pasien
4. **Penandaan lokasi ( site marking ) tindakan bedah :**
   1. Penandaan lokasi operasi / bedah dilakukan oleh operator / asisten operator yang akan ikut serta melakukan tindakan.
   2. Penandaan lokasi operasi perlu melibatkan pasien dan dilakukan saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan , dan tanda yang telah dibuat harus terlihat sampai saat akan disayat.
   3. Penandaan lokasi operasi / bedah dilakukan pada semua kasus termasuk sisi (laterally), multiple struktur ( jari tangan, jari kaki, lesi) atau multiple level ( tulang belakang )
   4. Penandaan lokasi dilakukan pada semua tindakan bedah yang melibatkan insisi kulit dan lateralisasi.
   5. Berikan tanda lokasi operasi :
      * Pasien diberi tanda saat informed consent telah dilakukan
      * Penandaan dilakukan sebelum pasien berada di kamar operasi
      * Pasien harus dalam keadaan sadar saat dilakukan penandaan lokasi operasi
      * Tanda yang digunakan dapat berupa : tanda lingkaran
      * Penandaan dilakukan sedekat mungkin dengan lokasi operasi
      * Penandaan dilakukan dengan spidol hitam (anti luntur, anti air) dan tetap terlihat walau sudah diberi desinfektan.
      * Penandaan dilakukan di odontogram pada pasien yang akan dilakukan tindakan dental
5. Tindakan bedah yang tidak perlu dilakukan penandaan :
   1. Prosedur endoskopi
   2. Cateterisasi jantung
   3. Prosedur yang mendekati atau melalui garis midline tubuh : SC, histerektomi, tyroidektomi, laparatomi.
   4. Pencabutan gigi
   5. Operasi pada membrane mukosa
   6. Perineum
   7. Kulit yang rusak
   8. Operasi pada bayi dan neonates
   9. Pada lokasi intra organ seperti mata dan organ THT maka penandaan dilakukan pada daerah yang mendekati organ berupa tanda lingkaran.
6. **CEKLIST KESELAMATAN PASIEN ( Surgical Safety Checklist )**

Ceklist keselamatan pasien dilakukan pada operasi yang memasukkan sekurang- kurangnya prosedur yang menginvestigasi dan/ atau mengobati penyakit dan kelainan pada tubuh manusia dengan cara menyayat, membuang, mengubah, atau menyisipkan kesempatan diagnostik/ terapeutik.

* 1. Persiapan sebelum tindakan:
     + Tanyakan kembali kepada pasien : nama / identitas pasien, no.RM atau tangal lahir , pastikan identitas pasien sesuai dengan yang tertulis pada gelang identitas pasien.
     + dokter atau petugas yang akan terlibat dalam pelaksanaan tindakan melakukan penandaan lokasi / site marking (lihat P.IBS.018).
     + Tanyakan atau libatkan pasien untuk verifikasi kebenaran lokasi operasi bila pasien dalam keadaan sadar atau memastikan lokasi operasi berdasarkan rekam

medis dan hasil pemeriksaan penunjang pasien ( misalnya hasil rontgen, ct sacn, MRI, dll).

* + - Tanyakan kepada pasien (bila pasien sadar), pastikan pasien telah diinformasikan sebelumnya dan mengerti tentang rencana tindakan pembedahan yang akan dilakukan.
    - Pastikan bahwa pasien atau keluarganya telah menandatangani surat persetujuan operasi / informed consent
    - Cek apakah peralatan , obat-obatan serta alkes sudah disiapkan dan apakah peralatan tersebut berfungsi dengan baik.
    - Tanyakan kepada pasien , apakah pasien memiliki riwayat alergi
    - Cek pemasangan akses intra vena (infuse) serta ketersediaan cairan bila dibutuhkan.
  1. Time out sebelum tindakan dimulai :
     + Pastikan dokter dan perawat asisten yang akan melakukan tindakan sudah ada.
     + Dokter dan perawat memperkenalkan diri dan perannya masing- masing
     + Verifikasi ulang apakah nama pasien, rencana tindakan yang akan dilakukan serta area / lokasi operasi sudah benar
     + Tampilkan hasil rontgen yang diperlukan dan pastikan posisi foto tidak terbalik.
     + Cek apakah instrument yang akan digunakan telah benar – benar steril
     + Cek apakah alat – alat bedah yang digunakan berfungsi dengan baik
  2. Bila dalam proses time out belum sempurna, anggota tim operasi dapat menghentikan prosedur itu. Semua anggota tim mempunyai tanggung jawab untuk bicara jika mereka mempunyai informasi yang dapat mempengaruhi keselamatan pasien. Prosedur belum dapat dimulai bila masalah belum terpecahkan.
  3. Setelah tindakan selesai :
     + Cek apakah perhitungan jumlah instrument, kassa dan jarum yang terpakai telah sesuai
     + Apakah specimen / sample jaringan telah diberi label idetitas pasien
     + Apakah ada permasalahan pada peralatan yang perlu dilaporkan

# TEKNIS PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum Manajemen Patient Safety dengan ketentuan sebagai berikut :

* + - 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
      2. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
      3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
      4. Wajib mengisi presesnsi setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
      5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
      6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
      7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa

# PRAKTIKUM 5 (WAKTU :3 x 170 menit)

**MENGURANGI RISIKO INFEKSI**

Oleh : Maria Diah Ciptaningtyas, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.MB

# LANDASAN TEORI

Infeksi merupakan invasi tubuh oleh patogen atau mikroorganisme yang mampu menyebabkan sakit (Potter dan Perry, 2005). Rumah sakit merupakan tempat pelayanan pasien dengan berbagai macam penyakit diantaranya penyakit karena infeksi, dari mulai yang ringan sampai yang terberat, dengan begitu hal ini dapat menyebabkan resiko penyebaran infeksi dari satu pasien ke pasien lainnya, begitupun dengan petugas kesehatan yang sering terpapar dengan agen infeksi. Penularan infeksi dapat melalui beberapa cara diantaranya melalui darah dan cairan tubuh.

Kewaspadaan Universal yaitu tindakan pengendalian infeksi yang dilakukan oleh seluruh tenaga kesehatan untuk mengurangi resiko penyebaran infeksi dan didasarkan pada prinsip bahwa darah dan cairan tubuh dapat berpotensi menularkan penyakit, baik berasal dari pasien maupun petugas kesehatan (Nursalam, 2007).

Prinsip kewaspadaan universal (universal precaution) di pelayanan kesehatan adalah menjaga hygiene sanitasi individu, hygiene sanitasi ruangan, serta sterilisasi peralatan. Hal ini penting mengingat sebagian besar yang terinfeksi virus lewat darah seperti HIV dan HIB tidak menunjukan gejala fisik. Kewaspadaan universal diterapkan untuk melindungi setiap orang (pasien dan petugas kesehatan) apakah mereka terinfeksi atau tidak. Kewaspadaan universal berlaku untuk darah, sekresi ekskresi (kecuali keringat), luka pada kulit, dan selaput lendir. Penerapan standar ini penting untuk mengurangi risiko penularan mikroorganisme yang berasal dari sumber infeksi yang diketahui atau tidak diketahui (misalnya pasien, benda terkontaminasi, jarum suntik bekas pakai, dan spuit) di dalam system pelayanan kesehatan.

Ketiga prinsip tersebut di jabarkan menjadi lima kegiatan pokok yaitu mencuci tangan guna mencegah infeksi silang, pemakaian alat pelindung diantaranya pemakaian sarung tangan guna mencegah kontak dengan darah serta cairan infeksius lain, pengelolaan alat kesehatan, pengelolaan alat tajam untuk mencegah perlukaan, dan pengelolaan limbah (Depkes RI, 2003).

# Cuci Tangan

Mencuci tangan merupakan teknik dasar yang paling penting dalam pencegahan dan pengontrolan infeksi (Potter & Perry, 2005). Tujuan mencuci tangan adalah untuk membuang kotoran dan organisme yang menempel dari tangan dan untuk mengurangi jumlah mikroba total pada saat itu. Mikroorganisme pada kulit manusia dapat diklasifikasikan dalam dua kelompok yaitu flora residen dan flora transien. Flora residen adalah mikrorganisme yang secara konsisten dapat diisolasi dari tangan manusia, tidak mudah dihilangkan dengan gesekan mekanis yang telah beradaptasi pada kehidupan tangan manusia. Flora transien yang flora transit atau flora kontaminasi, yang jenisnya tergantung dari lni gkungan tempat bekerja.

Mikroorganisme ini dengan mudah dapat dihilangkan dari permukaan dengan gesekan mekanis dan pencucian dengan sabun atau detergen.

Cuci tangan harus dilakukan dengan benar sebelum dan sesudah melakukan tindakan perawatan walupun memakai sarung tangan atau alat pelindung lain untuk menghilangkan atau mengurangi mikrorganisme yang ada di tangan sehingga penyebaran penyakit dapat di kurangi dan lingkungan terjaga dari

infeksi. Tangan harus di cuci sebelum dan sesudah memakai sarung tangan. Cuci tangan tidak dapat digantikan oleh pemakaian sarung tangan.

Mencuci tangan dilakukan sebelum dan sesudah melakukan tindakan keperawatan walaupun memakai sarung tangan dan alat pelindung lain. Tindakan ini untuk menghilangkan atau mengurangi mikroorganisme yang ada di tangan sehingga penyebaran infeksi dapat dikurangi dan lingkungan kerja tetap terjaga. Cuci tangan dilakukan pada saat sebelum; memeriksa (kontak langsung dengan pasien), memakai sarung tangan ketika akan melakukan menyuntik dan pemasangan infus. Cuci tangan harus dilakukan pada saat yang diantisipasi akan terjadi perpindahan kuman

# Cara Cuci Tangan

Cuci tangan higienik atau rutin yang berfungsi mengurangi kotoran dan flora yang ada di tangan dengan menggunakan sabun atau detergen. Cuci tangan aseptik yaitu cuci tangan yang dilakukan sebelum tindakan aseptik pada pasien dengan menggunakan antiseptik. Cuci tangan bedah yaitu cuci tangan yang dilakukan sebelum melakukan tindakan bedah aseptik dengan antiseptik dan sikat steril.

Langkah mencuci tangan (Potter & Perry, 2005) adalah sebagai berikut:

1. Gunakan wastapel yang mudah digapai dengan air mengalir yang hangat, sabun biasa atau sabun antimikrobial, lap tangan kertas atau pengering.
2. Lepaskan lap tangan dan gulung lengan panjang keatas pergelangan tangan.

Hindari memakai cincin, lepaskan selama mencuci tangan.

1. Jaga supaya kuku tetap pendek dan datar.
2. Inspeksipermukaan tangan dan jari akan adanya luka atau sayatan pada kulit dan kutikula.
3. Berdiri didepan wastapel. Jaga agar tangan dan seragam tidak menyentuh

wastapel.

1. Alirkan air. Tekan pedal dengan kaki untuk mengatur aliran dan suhu atau dorong pedal lutut secara lateral untuk mengatur aliran dan suhu.
2. Hindari percikan air mengenai seragam.
3. Atur aliran air sehingga suhu hangat.
4. Basahi tangan dan lengan bawah dengan seksama sebelum mengalirkan air hangat. Pertahankan supaya tangan dan lengan bawah lebih rendah dari pada siku selama mencuci tangan.
5. Taruh sedikit sabun biasa atau sabun anti mikrobial cair pada tangan, sabuni dengan seksama.
6. Gosok kedua tangan dengan cepat paling sedikit 10 – 15 detik. Jalin jari-jari tangan dan gosok telapak dan bagian punggung tangan dengan dengan gerakan

sirkuler paling sedikit masing-masing lima kali. Pertahankan supaya ujung jari berada dibawah untuk memungkinkan pemusnahan mikroorganisme.

1. Jika daerah di bawah kuku kotor, bersihkan dengan kuku jari tangan yang satunya, dan tambah sabun atau stik *orangewood* yang bersih
2. Bilas tangan dan pergelangan tangan dengan seksama, pertahankan supaya letak tangan dibawah siku.
3. Ulangi langkah 10 sampai a2 namun tambah periode mencuci tangannya 1, 2, 3 dan detik.
4. Keringkan tangan dengan seksama dan jari tangan ke pergelangan tangan dan lengan bawah dengan handuk kertas (tisue) atau pengering.
5. Jika digunakan, buang handuk kertas pada tempat yang tepat.
6. Tutup air dengan kaki dan pedal lutut.

# Indikasi Cuci Tangan

Cuci tangan harus dilakukan pada saat yang di antisipasi akan terjadi perpindahan kuman melalui tangan yaitu sebelum malakukan suatu tindakan yang seharusnya dilakukan secara bersih dan setelah melakukan tindakan yang memungkinkan terjadi pencemaran seperti:

Sebelum melakukan tindakan misalnya memulai pekerjaan, saat akan memeriksa, saat akan memakai sarung tangan yang steril atau sarung tangan yang telah didesinfeksi tingkat tinggi untuk melakukan tindakan, saat akan melakukan peralatan yang telah di DTT, saat akan injeksi , saat hendak pulang ke rumah.

Setelah melakukan tindakan yang memungkinkan terjadi pencemaran. Misalnya setalah memeriksa pasien, setelah mamakai alat bekas pakai dan bahan lain yang beresiko terkontaminasi, setelah menyentuh selaput mukosa, darah atau cairan tubuh lain, setelah membuka sarung tangan.

# Sarana Cuci Tangan

Sarana cuci tangan adalah ketersediaan air mengalir dengan saluran pembuangan atau bak penampungan yang memadai. Dengan guyuran air mengalir tersebut diharapkan mikroorganisme akan terlepas ditambah gesekan mekanis atau kimiawi saat mencuci tangan mikroorganisme akan terhalau dan tidak menempel lagi di permukaan kulit. Air mengalir tersebut dapat berupa kran atau dengan cara mengguyur dengan gayung.

Penggunaan sabun tidak membunuh mikroorganisme tetapi menghambat dan mengurangi jumlah mikroorganisme dengan jalan mengurangi tegangan permukaan sehingga mikroorganisme mudah terlepas dari permukaan kulit. Jumlah mikroorganisme akan berkurang dengan sering mencuci tangan.

Larutan antiseptik atau anti mikroba topikal yang dipakai pada kulit atau jaringan hidup lain menghambat aktivitas atau membunuh mikroorganisme pada kulit. Kulit manusia tidak dapat disterilkan. Tujuan yang ingin dicapai adalah penurunan jumlah mikroorganisme pada kulit secara maksimal terutama pada kuman transien.

Kriteria memilih antiseptik adalah sebagai berikut:

* 1. Efektifitas
  2. Kecepatan aktivitas awal
  3. Efek residu, aksi yang lama setelah pemakaian untuk meredam pertumbuhan.
  4. Tidak mengakibatkan iritasai kulit
  5. Tidak menyebabkan alergi
  6. Afektif sekali pakai, tidak perlu diulang-ulang.
  7. Dapat diterima secara visual maupun estetik.

# Alat Pelindung Diri

Alat pelindung diri digunakan untuk melindungi kulit dan selaput lendir petugas dari resiko pajanan darah, semua jenis cairan tubuh, sekret atau ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir pasien. Jenis tindakan yang beresiko mencakup tindakan rutin. Jenis alat pelindung: Sarung tangan, masker dan gaun pelindung. Tidak semua alat pelindung tubuh harus dipakai, tetapi tergantung pada jenis tindakan yang akan dikerjakan.

# Sarung Tangan

Pemakaian sarung tangan bertujuan untuk melindungi tangan dari kontak dengan darah, semua jenis cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh, selaput

lendir pasien dan benda yang terkontaminasi. Sarung tangan harus selalu dipakai oleh setiap petugas sebelum kontak dengan darah atau semua jenis cairan tubuh.

Jenis sarung tangan yang dipakai di sarana kesehatan, yaitu :

1. Sarung tangan bersih adalah sarung tangan yang didesinfeksi tingkat tinggi dan digunakan sebelum tindakan rutin pada kulit dan selaput lendir. Misalnya tindakan medis pemeriksaaan dalam, merawat luka terbuka.
2. Sarung tangan steril adalah sarung tangan yang disterilkan dan harus digunakan pada tindakan bedah. Bila tidak ada sarung tangan steril baru dapat digunakan sarung tangan yang didesinfeksi tingkat tinggi.
3. Sarung tangan rumah tangga adalah sarung tangan yang terbuat dari latex atau vinil yang tebal. Sarung tangan ini dipakai pada waktu membersihkan alat kesehatan, sarung tangan ini bisa dipakai lagi bila sudah dicuci dan dibilas bersih.

Sarung tangan ini harus selalu dipakai pada saat melakukan tindakan yang kontak atau diperkirakan akan terjadi kontak dengan darah, cairan tubuh, sekret, kulit

yang tidak utuh, selaput lendri pasien dan benda terkontaminsi. Yang harus

diperhatikan ketika menggunakan sarung tangan yaitu gunakan sarung tangan yang berbeda untuk setiap pasien, segera lepas sarung tangan apabila telah selesai dengan satu pasien dan ganti dengan sarung tangan yang lain apabila menangani sarung tangan lain. Hindari jamahan pada benda lain selain yang berhubungan dengan tindakan yang sedang dilakukan. Tidak dianjurkan menggunakan sarung tangan rangkap karena akan menurunkan kepekaan. Kecuali dalam keadaan khusus seperti

tindakan yang menggunakan waktu lama lebih 60 menit., tindakan yang berhubungan dengan darah atau cairan tubuh yang banyak, bila memakai sarung tangan ulang seharusnya sekali pakai.

Prosedur pemakaian sarung tangan steril (DepKes RI, 2003 : 22) adalah sebagai berikut:

1. Cuci tangan
2. Siapkan area yang cukup luas, bersih dan kering untuk membuka paket sarung tangan. Perhatikan tempat menaruhnya (steril atau minimal DTT)
3. Buka pembungkus sarung tangan, minta bantuan petugas lain untuk membuka pembungkus sarung tangan. Letakan sarung tangan dengan bagian telapak tangan menghadap keatas
4. Ambil salah satu sarung tangan dengan memegang pada sisi sebelah dalam lipatannya, yaitu bagian yang akan bersentuhan dengan kulit tangan saat dipakai
5. Posisikan sarung tangan setinggi pinggang dan menggantung ke lantai, sehingga bagian lubang jari-jari tangannya terbuka. Masukan tangan (jaga sarung tangan supaya tidak menyentuh permukaan)
6. Ambil sarung tangan kedua dengan cara menyelipkan jari-jari tangan yang sudah memakai sarung tangan ke bagian lipatannya, yaitu bagian yang tidak akan bersentuhan dengan kulit tangan saat dipakaiPasang sarung tangan yang kedua dengan cara memasukan jari-jari tangan yang belum memakai sarung tangan, kemudian luruskan lipatan, dan atur posisi sarung tangan sehingga terasa pas dan enak ditangan

# Pelindung Wajah (Masker)

Pemakaian pelindung wajah ini dimaksudkan untuk melindungi selaput lendir hidung, mulut selama melakukan perawatan pasien yang memungkinkan terjadi percikan darah dan cairan tubuh lain.

Masker tanpa kaca mata hanya digunakan pada saat tertentu misalnya merawat pasien tuberkulosa terbuka tanpa luka bagian kulit atau perdarahan. Masker kaca mata dan pelindung wajah secara bersamaan digunakan petugas yang melaksanakan atau membantu melaksanakan tindakan beresiko tinggi terpajan lama oleh darah dan cairan tubuh lainnya antara lain pembersihan luka, membalut luka, mengganti kateter etau dekontaminasi alat bekas pakai. Bila ada indikasi untuk memakai ketiga macam alat pelindung tersebut, maka masker selalu dipasang dahulu sebelum memakai gaun pelindung atau sarung tangan, bahkan sebelum melakukan cuci tangan bedah.

Langkah – langkah pemakaian masker (Potter & Perry, 2005) sebagai berikut :

1. Ambil bagian tepi atas masker (biasaanya sepanjang tepi tersebut / metal yang tipis).
2. Pegang masker pada dua tali atau ikatan bagian atas. Ikatan dua tali atas pada bagian atas belakang kepala dengan tali melewati atas telinga Ikatkan dua tali bagian bawah pas eratnya sekeliling leher dengan masker sampai kebawah dagu.
3. Dengan lembut jepitkan pita metal bagian atas pada batang hidung.

# Gaun Pelindung

Gaun pelindung merupakan salah satu jenis pakaian kerja. Jenis bahan sedapat mungkin tidak tembus cairan. Tujuan pemakaian gaun pelindung adalah untuk melindungi petugas dari kemungkinan genangan atau percikan darah atau cairan tubuh lain. gaun pelindung harus dipakai apabila ada indikasi seperti halnya

pada saat membersihkan luka, melakukan irigasi, melakukan tindakan drainase, menuangkan cairan terkontaminasi ke dalam lubang wc, mengganti pembalut, menangani pasien dengan perdarahan masif. Sebaiknya setiap kali dinas selalu memakai pakaian kerja yang bersih, termasuk gaun pelindung. Gaun pelindung harus segera diganti bila terkena kotoran, darah atau cairan tubuh.

Cara menggunakan gaun pelindung (Anita, D, A, 2004) sebagai berikut :

1. Hanya bagian luar saja yang terkontaminasi, karena tujuan pemakaian gaun untuk melindungi pemakai dari infeksi.
2. Gaun dapat dipakai sendiri oleh pemakai atau dipakaikan oleh orang lain.

# Pengelolaan Alat-Alat Kesehatan

Pengelolaan alat kesehatan bertujuan untuk mencegah penyebaran infeksi melalui alat kesehatan atau untuk menjamin alat tersebut dalam kondisi steril dan siap pakai. Semua alat, bahan dan obat yang akan dimasukan ke dalam jaringan di bawah

kulit harus dalam keadaan steril. Proses penatalaksanaan peralatan dilakukan melalui

4 tahap kegiatan yaitu dekontaminasi, pencucian, sterilisasi atau DDT dan penyimpanan. Pemilihan cara pengelolaan alat kesehatan tergantung pada kegunaan alat tersebut dan berhubungan dengan tingkat resiko penyebaran infeksi.

# Dekontaminasi

Dekontaminasi adalah menghilangkan mikroorganisme patogen dan kotoran dari suatu benda sehingga aman untuk pengelolaan selanjutnya dan dilakukan sebagai langkah pertama bagi pengelolaan pencemaran lingkungan, seperti misalnya tumpahan darah atau cairan tubuh, Juga sebagai langakah pertama

pengelolaan limbah yang tidak dimusnahan dengan cara insinerasi atau pembakaran.

Dekontaminasi bertujuan untuk mencegah penyebaran infeksi melalui alat kesehatan atau suatu permukaan benda, sehingga dapat melindungi petugas atau pun pasien. Dekontaminasi dilakukan dengan menggunakan bahan desinfektan yaitu suatu bahan atau larutan kimia yang digunakan untuk membunuh mikroorganisme pada benda mati dan tidak digunakan untuk kulit atau jaringan mukosa. Salah satu yang biasa dipakai terutama di negara berkembang seperti Indonesia adalah larutan klorin 0,5% atau 0,05 % sesuai dengan intensitas cemaran dan jenis alat atau permukaan yang akan didekontaminasi. Karena demikian banyak macam dan bentuk alat kesehatan maka perlu dipilih cara dekontaminasi yang tepat.

Ada tiga macam pertimbangan dalam memilih cara dekontaminasi yaitu keamanan, efikasi atau efektifitas dan efisien. Keamanan dan efektifitas merupakan pertimbangan utama sedang efisien dapat dipertimbangkan kemudian setelah keamanan dan efektifitas terpenuhi. Yang dipertimbangkan dalam keamanan adalah antisifasi terjadinya kecelakaan atau penyakit pada petugas kesehatan yang mengelola benda-benda terkontaminasi dan melakukan proses dekontaminasi. Sedapat mungkin pemilahan dilakukan oleh si pemakai ditempat segera setelah selesai pemakaian selagi mereka masih menggunakan pelindung yang memadai sehingga pajanan pada petugas dapat diminimalkan.

# Pencucian alat

Setelah dekontaminasi dilakukan pembersihan yang merupakan langkah penting yang harus dilakukan. Tanpa pembersihan yang memadai maka pada umumnya proses disenfeksi atau selanjutnya menjadi tidak efektif. Kotoran yang

tertinggal dapat mempengaruhi fungsinya atau menyebabkan reaksi pirogen bila masuk ke dalam tubuh pasien.

Pada alat kesehatan yang tidak terkontaminasi dengan darah, misalnya kursi roda, alat pengukur tekanan darah, infus pump dsb. Cukup dilap dengan larutan detergen, namun apabila jelas terkontaminasi dengan darah maka diperlukan desinfektan**.**

Pembersihan dengan cara mencuci adalah menghilangkan segala kotoran yang kasat mata dari benda dan permukaan benda dengan sabun atau detergen, air dan sikat. Kecuali menghilangkan kotoran pencucian akan semakin menurunkan jumlah mikroorganisme yang potensial menjadi penyebab infeksi melalui alat kesehatan atau

suatu permukaan benda dan juga mempersiapkan alat untuk kontak langsung dengan desinfektan atau bahan sterilisasi sehingga dapat berjalan secara sempurna.

Pada pencucian digunakan detergen dan air. Pencucian harus dilakukan dengan teliti sehingga darah atau cairan tubuh lain betul-betul hilang dari permukaan tersebut. Pencucian yang hanya mengandalkan air tidak dapat menghilangkan minyak, protein dan partike-lpartikel. Tidak dianjurkan mencuci dengan menggunakan sabun biasa untuk membersihkan peralatan, karena sabun yang bereaksi dengan air akan menimbulkan residu yang sulit untuk dihilangkan.

# Disinfeksi dan Sterilisasi

Seperti sudah dibicarakan sebelumnya bahwa faktor resiko infeksi disarana kesehatan adalah pengelolaan alat kesehatan atau cara dekontaminasi dan desinfeksi yang kurang tepat. Pengelolaan alat dikategorikan menjadi 3 yaitu:

1. Resiko tinggi

Suatu alat termasuk dalam kategori resiko tinggi karena penggunaan alat tersebut beresiko tinggi untuk menyebabkan infeksi apabila alat tersebut terkontaminasi oleh mikroorganisme atau spora bakterial. Alat tersebut mutlak perlu dalam keadaan steril karena penggunaannya menembus jaringan atau sistem pembuluh darah yang steril. Dalam kategori ini meliputi alat kesehatan bedah, kateter jantung dan alat yang ditanam. Alat-alat tersebut harus dalam keadaan steril pada saat pembeliaannya atau bila mungkin disterilkan dengan otoklaf. Apabila alat itu tidak tahan panas maka sterilisasi dilakukan dengan etilen oksida atau kalau terpaksa

apabila cara lain tidak memungkinkan dilakukan streilisasi kimiawi seperi dengna glutaraldehide 2% atau hidrogen peroksida 6%. Cara tersebut harus tetap memperhatikan persyaratan yang harus dipenuhi yaitu pencucian yang cermat sebelumnya.

1. Resiko sedang

Alat yang digunakan untuk menyentuh lapisan mukosa atau kulit yang tidak utuh harus bebas dari semua mikroorganisme kecuali spora. Lapisan mukosa yang utuh pada umumnya dapat menahan infeksi spora tetapi tetap rentan terhadap infeksi basil TBC dan virus, yang termasuk dalam kategori resiko sedang antara lain alat untuk terapi pernafasan, alat anestesi, endoskopi dan ring diagfragma. Alat beresiko sedang memerlukan paling tidak desinfeksi tingkat tinggi, baik secara pasteurisasi atau kimiawi.

Pemilihan proses desinfeksi harus memperhatikan efek sampingnya seperti klorin yang mempunyai sifat korosif. Laparascopi dan artroskopi yang dipakai

dengan menmbus jaringan steril secara ideal harus disterilkan terlebih dahulu, namun biasanya hanya dilakukan disenfeksi tingkat tinggi saja. Disarankan agar semua alat dibilas dengan air steril untuk menghindari kontaminasi dengan mikroorganisme yang berasal dari air seperti mikrobakteria nontuberkulosa dan legionella. Bila tidak tersedia air steril dapat dengan air biasa diikuti dengan bilasan air alkohol dan cepat dikeringkan dengan semprotan udara. Semprotan udara ini dapat mengurangi

cemaran mikroorganisme dan mengurangi kelembaban yang dapat mempercepat pertumbuhan bakteri.

1. Resiko rendah

Alat yang masuk dalam kategori resiko rendah adalah yang digunakan pada kulit yang utuh dan bukan untuk lapisan mukosa. Kulit utuh adalah pertahanan yang efektif terhadap infeksi semua jenis mikroorganisme, oleh karena itu sterilisasi tidak begitu diperlukan. Contoh alat yang masuk kategori resiko rendah adalah pispot, tensimeter, linen, tempat tidur, peralatan makan, perabotan, lantai. Walaupun peralatan tersebut mempunyai resiko rendah untuk menyebabkan infeksi, namun dapat menjadi perantara sekunder dengan jalan mengkontaminasi tangan petugas kesehatan atau peralatan yang seharusnya steril oleh karena itu alat tersebut tetap perlu didesinfeksi dengan disinfeksi tingkat rendah.

# Pengelolaan Benda Tajam

Benda tajam sangat berisiko menyebabkan perlukaan sehingga meningkatkan terjadinya penularan penyakit melalui kontak darah. Penularan infeksi HIV, hepatitis B dan C di sarana pelayanan kesehatan, sebagian besar disebabkan

kecelakaan yang dapat dicegah, yaitu tertusuk jarum suntik dan perlukaan alat tajam lainnya.

Untuk menghindari perlukaan atau kecelakaan kerja maka semua benda tajam harus digunakan sekali pakai, dengan demikian jarum suntik bekas tidak boleh digunakan lagi. Sterilitas jarum suntik dan alat kesehatan yang lain yang menembuskulit atau mukosa harus dapat dijamin. Keadaan steril tidak dapat dijamin jika alat- alat tersebut didaur ulang walaupun sudah di otoklaf. Tidak dianjurkan untuk melakukan daur ulang atas pertimbangan penghematan karena 17% kecelakaan kerja disebabkan oleh luka tusukan sebelum atau selama pemakaian, 70% terjadi sesudah pemakaian dan sebelum pembuangan serta 13% sesudah pembuangan.hampir 40% kecelakaan ini dapat dicegah dan kebanyakan kecelakaan kerja akibat melakukan penyarungan jarum suntik setelah penggunaannya.

Perlu diperhatikan dengan cermat ketika menggunakan jarum suntik atau benda tajam lainnya. Setiap petugas kesehatan bertanggung jawab atas jarum dan alat tajam yang digunakan sendiri, yaitu sejak pembukaan paking, penggunaan, dekontaminasi hingga kepenampungan sementara yang berupa wadah alat tusukan. Untuk menjamin ketaatan prosedur tersebut maka perlu menyediakan alat limbah tajam atau tempat pembuangan alat tajam di setiap ruangan, misalnya pada ruang tindakan atau perawatan yang mudah dijangkau oleh petugas. Seperti prosedur pengelolaan alat kesehatan lainnya maka petugas harus selalu mengenakan sarung tangan tebal, misalnya saat mencuci alat dan alat tajam.

Risiko kecelakaan sering terjadi pada saat memindahkan alat tajam dari satu orang ke orang lain, oleh karena itu tidak dianjurkan menyerahkan alat tajan secara langsung, melainkan menggunakan technik tanpa sentuh (*hands free*) yaitu

menggunakan nampan atau alat perantara dan membiarkan petugas mengambil sendiri dari tempatnya, terutama pada prosedur bedah. Risiko perlukaan dapat ditekan dengan mengupayakan situasi kerja dimana petugas kesehatan mendapat pandangan bebas tanpa halangan, dengan cara meletakkan pasien pada posisi yang mudah dilihat dan mengatur sumber pencahayaan yang baik. Pada dasarnya adalah menjalankan prosedur kerja yang legeartis, seperti pada penggunaan forsep atau pingset saat mengerjakan penjahitan.

Kecelakaan yang sering terjadi pada prosedur penyuntikan adalah pada saat petugas berusaha memasukkan kembali jarum suntik bekas pakai kedalam tutupnya, oleh karena itu sangat tidak dianjurkan untuk menutup kembali jarum suntik tersebut melainkan langsung buang ke penampungan sementara, tanpa menyentuh atau memanipulasinya seperti membengkokkannya. Jika jarum terpaksa ditutup kembali (recaping) gunakanlah dengan cara penutupan dengan satu tangan untuk mencegah jari tertusuk jarum.

Sebelum dibuang ketempat pembuangan akhir atau tempat pemusnahan, maka diperlukan wadah penampungan sementara yang bersifat kedap air dan tidak mudah bocor serta kedap tusukan. Wadah penampung jarum suntik bekas pakai harus dapat digunakan dengan satu tangan agar pada saat memasukkan jarum tidak usah memeganginya dengan tangan yang lain. Wadah tersebut ditutup dan diganti setelah ¾ bagian terisi dengan limbah, dan setelah ditutup tidak dapat dibuka lagi sehingga tidak tumpah. Hal tersebut dimaksudkan agar menghindari perul kaan pada pengelolaan yang selanjutnya. Idealnya benda tajam dapat diinsinerasi, tetapi bila tidak mungkin dapat dikubur dan dikaporisasi bersama limbah lainnya.

# Pengelolaan Limbah

Limbah dari sarana kesehatan secara umum dibedakan atas:

* 1. Limbah rumah tangga atau limbah non medis, yaitu limbah yang tidak kontak dengan darah atau cairan tubuh lainnya disebut sebagai resiko rendah. yakni sampah-sampah yang dihasilkan dari kegiatan ruang tunggu pasien, administrasi.
  2. Limbah medis bagian dari sampah rumah sakit yang berasal dari bahan yang mengalami kontak dengan darah atau cairan tubuh lainnya disebut sebagai limbah beresiko tinggi. Beberapa limbah medis dapat berupa: limbah klinis, limbah laboratorium, darah atau cairan tubuh yang lainnya, material yang mengandung darah seperti perban, kassa dan benda-benda dari kamar bedah, sampah organik, misalnya potongan tubuh, plasenta, benda-benda tajam bekas pakai misal jarum suntik.

# Pemilahan

Pemilahan dilakukan dengan menyediakan sampah yang sesuai dengan jenis sampah medis. Wadah-wadah tersebut biasanya menggunakan kantong plastik berwarna misalnya kuning untuk infeksius hitam untuk non medis atau wadah yang diberi label yang mudah dibaca.

# Penampungan Sementara

Pewadahan sementara sangat diperlukan sebelum sampah dibuang.

Syarat yang harus dipenuhi adalah :

1. Di tempatkan pada daerah yang mudah dijangkau petugas, pasien, dan pengunjung.
2. Harus tertutup dan kedap air.
3. Hanya bersifat sementara dan tidak boleh lebih dari satu hari.

# Pembuangan Benda Tajam

1. Wadah benda tajam merupakan linbah medis yang harus dimasukkan kedalam kantong sebelum insinerasi.
2. Idealnya semua benda tajam dapat diinsinerasi tetapi bila tidak mungkin dapat dikubur dan dikapurisasi bersama limbah lain
3. Apapun metode yang dilakukan haruslah tidak memberikan perlukaan

# TEKNIS PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum Manajemen Patient Safety dengan ketentuan sebagai berikut :

* + - 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
      2. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
      3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
      4. Wajib mengisi presesnsi setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
      5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
      6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
      7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa

# PRAKTIKUM 6 (WAKTU : 2 x 170 menit)

**MENGURANGI RISIKO JATUH**

Oleh : Edy Suyanto, SST, MPH

# LANDASAN TEORI

1. Pengertian Pasien Jatuh

Jatuh adalah suatu kajadian dengan hasil seorang berbaring secara tidak sengaja di tanah atau lantai atau permukaan yang lebih rendah (WHO 2004 dalam Miake-Lye *et al*, 2013). Jatuh merupakan suatu yang dilaporkan penderita atau saksi mata, yang melihat kejadian dengan akibat seseorang mendadak terbaring atau duduk di lantai atau tempat yang lebih rendah dengan atau tanpa kehilangan kesadaran atau luka (Darmojo, 2004).

Jatuh memiliki definisi sebagai kejadian jatuh yang tidak disengaja dengan atau tidak terjadinya luka dengan hasil pasien terbaring dilantai atau terbaring diatas permukaan lain, atau orang lain atau objek lain (Weinberg, J *et al*, 2011). Apabila pasien jatuh dan berhasil berdiri atau kembali ketempat semula (tempat tidur, kursi, atau *commode*) itu hanya dapat disebut kejadian jatuh bila pasien terluka (*Palomar Health*, 2016).

Berdasar *Internasional Classification of Diseases 9 Clinical Modifications* (*ICD-9-CM*), mengkategorikan jatuh mengunakan beberapa *code*, yang mana semuanya memiliki pengertian yang luas; tidak sengaja menabrak benda yang bergerak disebabkan keramaian yang dapat menyebabkan jatuh, jatuh pada atau dari tangga atau eskalator, jatuh dalam tingkat yang sama dari tabrakan, tekanan, atau saling dorong dengan orang lain, bahkan jatuh dapat diartikan sebagai jatuh dari atau keluar gedung atau bangunan lainya. Berdasar *ICSI* (2012), jatuh yang menyebabkan luka terdiri dari lima poin skala :

* 1. Tidak terindikasi pasien terdapat luka akibat jatuh.
  2. Terdapat indikasi Minor seperti bruises atau lecet akibat jatuh.
  3. Terdapat indikasi Sedang dengan *line displacement,* fraktur, letrasi yang membutuhkan perawatan lebih lanjut.
  4. Indikasi Berat luka jatuh yang mengancam jiwa dan membutuhkan operasi atau pemindahan ke dalam ICU.
  5. Meninggal akibat luka yang disebabkan oleh pasien jatuh.

1. Tipe-tipe Pasien Jatuh

Menurut *Palomar Health Fall Prevention and Managemet*

(2016); Jenice (2009), jatuh dibedakan menjadi :

1. *Physiologic Falls*

Jatuh yang disebabkan oleh satu atau lebih dari faktor intrinsik fisik, dimana terdapat dua jenis *Physiologic fall* yaitu yang dapat dicegah seperti dimensia, kehilangan kesadaran, kehilangan keseimbangan, efek obat, delirium, postural hipertensi dan yang tidak dapat dicegah seperti stroke, TIA (*Transient Ischaemic Attack*), MI (*Myocardial Infarction*), disritmia, seizure.

1. *Accidential Falls*

*Accidential falls* terjadi bukan karena faktor fisik melainkan akibat dari bahaya lingkungan atau kesalahan penilaian strategi dan desain untuk memastikan lingkungan aman bagi pasien (Jenice, 2009). Contoh hal-hal yang menyebakan jatuh seperti terpeleset karena lantai licin akibat air atau urin.

Pasien berisiko jatuh saat mengunakan Intravena sebagai pegangan saat berjalan dapat juga pasien terjatuh saat mencoba naik ke tempat tidur atau dapat terjadi saat pasien berusaha meraih barang yang ada disekatnya.

1. *Unanticipated Falls*

Jatuh yang masih berhubungan dengan kondisi fisik, tapi terjadi karena kondisi yang tidak bisa diprediksi sebelumnya. Tindakan pencegahan pada tipe ini hanya dapat dilakukan setelah terjadi jatuh, dengan cara menganalisis dan mencari pencegahan yang tepat. Contoh dari kondisi fisik yang tidak dapat diprediksi meliputi pingsan dan kondisi fraktur patologis pada pinggul.

Kejadian jatuh seperti ini dapat terulang dengan kondisi dan sebab yang sama, oleh karena itu perhatian perawat adalah dengan cara mencegah jatuh untuk kedua kalinya atau mencegah pasien luka saat jatuh lagi (Jenice, 2009).

1. *Intentional Falls*

Kejadian jatuh yang disengaja berdasakan alasan tertentu atau tujuan tertentu contohnya jatuh untuk mendapatkan perhatian atau jatuh untuk mengurangi nyeri atau berjongkok.

1. Faktor Penyebab Pasien Jatuh

Chun Ruby (2017); Pearson & Andrew (2011), menyertakan bahwa faktor risiko jatuh dibagi menjadi faktor intrinsik (*Patient- related risk factors*) dan faktor ektrinsik (*Healthcare factors related to falls*) seperti yang dijelaskan berikut :

1. Faktor Intrinsik (*Patient-Related Risk Factors*)

Faktor risiko yang berasal dari dalam tubuh pasien biasanya berasal dari penyakit yang menyertai pasien seperti :

* 1. Gangguan sensori dan Gangguan neurologi

Gangguan sensori dapat menurunkan kemampuan seseorang dalam menilai dan mengantisipasi bahaya yang terdapat dilingkunganya. Gangguan ini biasa terjadi pada golongan usia dewasa-tua dimana perlemahan dan memburuknya pengelihatan karena usia secara signifikan dapat meningkatkan risiko dari jatuh.

Hasil studi yang dilakukan Skalska *et al*., pada golongan umur responden (55-59 dan > 65 tahun) didapatkan hasil insiden jatuh yang tinggi memiliki hubungan dengan gangguan pengelihatan dan pendengaran, dengan kata lain semakin tinggi gangguan pengelihatan dan pendengaran yang dialami maka semakin tinggi pula risiko jatuh yang terjadi. Pasien dengan gangguan neurologi seperti pingsan dan penurunan kesadaran dapat menyebabkan pasien mendadak jatuh sehingga pasien perlu dibutuhkan pengawasan dan observasi khusus secara terus-menerus.

* 1. Gangguan kognitif

Dimensia, delirium, dan penyakit perkinson memiliki hubungan yang jelas dengan risiko terjadinya jatuh terutama saat perilaku agitasi dan berkeliaran muncul. Selain itu penurunan kognitif dan kognisi secara umum dapat mempercepat risiko jatuh pada pasien dewasa tua tanpa penyakit delirium atau tanpa penyakit dimensia (Feil dan Gardner, 2012).

* 1. Gaya berjalan dan Gangguan keseimbangan

Gangguan berjalan dan keseimbangan sangat sering terjadi pada lansia karena proses alami dari penuaan. Proses tersebut menyebabkan penurunan kekuatan otot, gangguan keseimbangan, dan penurunan kelenturan sendi. Selain proses penuaan riwayat berjalan berjongkok dan mengunakan tongkat juga dapat meningkatkan

risiko dari jatuh, penyakit stroke dapat menjadi salah satu penyebab gangguan keseimbangan, hal tersebut karena pasien mengalami kelumpuhan sehingga mengakibatkan pasien sulit berjalan atau bergerak.

* 1. Gangguan urinaria

Gangguan ini dapat menyebabkan pasien lebih sering keluar-masuk menuju kamar mandi, sehingga meningkatkan risiko jatuh pada pasien. Contoh gangguan urinaria adalah : menurunkan gejala saluran kemih pada pria, inkontinesia urinaria yang bersifat neurologis, dan gejala saluran kemih pada perempuan (NICE, 2017).

* 1. Pengobatan

Banyak pasien tidak memahami pemakaian berbagai macam obat dapat meningkatkan risiko jatuh. Pasien dengan pemakaian obat antihipertensi dan psikiatrik lebih sering terjadi jatuh (Majkusova & Jarosova, 2014). Pengobatan kardiovasikular seperti deutetik dan antihipertensi dapat mengakibatkan efek samping hipotensi yang dapat menyebabkan pasien jatuh.

1. Faktor Ektrinsik (*Healthcare Factors Related to Falls*)

Faktor ini sebagian besar terjadi karena kondisi bahaya dari lingkungan atau tempat atau ruangan di mana pasien dirawat, seperti :

* 1. Kondisi lingkungan pasien

Pencahayaan ruangan yang kurang terang, lantai licin, tempat berpegangan yang tidak kuat atau tidak stabil atau terletak dibawah, tempat tidur yang tinggi, WC yang rendah atau berjongkok, obat-obatan yang diminum dan alat-alat bantu berjalan dapat meningkatkan risiko dari jatuh (Darmojo, 2004).

* 1. Lampu panggilan dan Alarm kursi atau tempat tidur Lampu panggilan dan alarm kursi atau tempat tidur berperan penting dalam pencegahan pasien jatuh karena pasien yang ingin menujukamar mandi dapat memberitahu perawat melalui alarm yang tersedia untuk segera dibantu.
  2. Tenaga profesional kesehatan dan sistem pelayanan Selain kondisi lingkungan yang membahayakan pasien, sistem dari pelayanan kesehatan juga

berpengaruh terhadap terjadinya pasien jatuh. Severo *et al* (2014), menyebutkan salah faktor ektrinsik jatuh adalah tatanan rumah sakit dan proses kesehatan profesional kesehatan khususnya dalam keperawatan.

1. Dampak Pasien Jatuh

Banyak dampak yang disebabkan karena insiden dari jatuh contoh dampak pasien jatuh sebagai berikut :

1. Dampak Fisiologis

Dampak fisik yang disebabkan oleh jatuh berupa lecet, memar, luka sobek, fraktur, cidera kepala, bahkan dalam kasus yang fatal jatuh dapat mengakibatkan kematian.

1. Dampak Psikologis

Jatuh yang tidak menimbulkan dampak fisik dapat memicu dampak psikologis seperti; ketakutan, *anxiety*, *distress*, depresi, dan dapat mengurangi aktivitas fisik (Miake-Lye *et al*, 2013).

1. Dampak finansial

Pasien yang mengalami jatuh pada unit rawat inap dapat menambah biaya perawatan, hal tersebut karena jatuh dapat menyebabkan luka pada pasien.

2. Pengkajian dan Intervensi Risiko Jatuh

Pengkajian pasien dengan risiko jatuh dapat dilakukan dengan *multifactorial assessment* dalam jangka waktu pasien dirawat. Tindakan yang dilaksanakan dalam pengkajian multifaktor adalah dengan mengkaji masalah cognitif pasien, masalah urinaria pasien, riwayat jatuh, akibat dari jatuh, mengawasi sandal yang dipakai pasien

(licin atau hilang), masalah kesehatan yang dapat meningkatkan risiko jatuh, pengobatan yang sedang dijalani, masalah keseimbangan, masalah pergerakan pasien, sindrome sincope, dan gangguan pengelihatan yang diderita oleh pasien.

Selain itu, pengkajian lingkungan dimana pasien dirawat memiliki bagian penting dalam risiko dari insiden pasien jatuh. Terdapat berbagai jenis alat pengkajian risiko jatuh yang telah dibuat, salah satunya dengan *Morse Fall Scale (MFS)* yang dipakai dalam mengidentifikasi risiko pasien jatuh orang dewasa di RSUD Wates.

1. *Morse Fall Scale (MFS)*

*Morse Fall Score* Adalah metode cepat dan simpel untuk melakukan pengkajian pasien yang memiliki kemungkinan jatuh atau risiko jatuh dan digunakan untuk melakukan penilaian kepada pasien umur ≥ 16 tahun. *MFS* memiliki 6 variabel yaitu :

1. Riwayat jatuh :

Bila terdapat riwayat jatuh saat ini atau sebelum 3 bulan beri skor 25, bila tidak beri skor 0.

1. Diagnosa sekunder :

Bila pasien memiliki lebih dari 1 diagnosa medis maka beri skor 15, bila tidak beri skor 0.

1. Alat bantu :

Bila pasien *bed rest* atau butuh bantuan perawat untuk berpindah beri skor 0, bila pasien membutuhkan tongkat, cane,

atau alat penompang untuk berjalan berikan skor 15, dan bila pasien berjalan berpegangan pada perabotan yang ada seperti meja atau kursi berikan skor 30.

1. Terpasang infus :

Bila terpasang infus beri skor 20, dan bila tidak beri skor 0.

1. Gaya berjalan :

Bila pasien memiliki gangguan gaya berjalan seperti kesulitan bangun, kepala menunduk, atau berjalan tidak seimbang beri skor 20, bila gaya berjalan pasien lemah tanpa kehilangan keseimbangan beri skor 10, dan bila pasien berjalan dengan normal beri skor 0.

1. Status mental :

Bila pasien memiliki over-estimasi terhadap kemampuan tubuhnya beri skor 15, dan bila pasien menyadari kemampuan fisik dan tidak memaksakan beri skor 0.

Hasil interpretasi dari *MFS* dikatagorikan menjadi; tidak berisiko (*No Risk*) dengan skor *MFS* sebesar 0-24, pasien berisiko rendah *(Low Ris*k) dengan skor *MFS* sebesar 25-44*,* sedangkan pasien berisiko tinggi jatuh (*High Ris*k) memiliki skor *MFS* ≥ 45.

Setiap skor *MFS* memiliki tindakan yang berbeda, pada pasien tanpa risiko jatuh tindakan yang dilakukan adalah cukup melaksanakan tindakan keperawatan dasar, pada pasien dengan risiko rendah jatuh dilakukan tindakan implementasi standar pencegahan pasien jatuh, dan untuk pasien dengan risiko tinggi jatuh perlu dilakukan implementasi yang lebih intens dalam pencegahan pasien jatuh. Berikut adalah tabel *MFS* dan Hasil interprestasi dari *MFS* :

Tabel. *Morse Fall Score (MFS)* :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Faktor risiko** | **Skala** | **Skor** |
| 1. Riwayat Jatuh; Dalam waktu 3 bulan | Tidak Ya | 0  25 |
| 2. Diagnosa Sekunder | Tidak Ya | 0  15 |
| 3. Alat Bantu | Bed rest/bantuan perawat Tongkat/kruk/tripoid Kursi/perabot | 0  15  30 |
| 4. IV/Heparin /Pengencer darah | Tidak Ya | 0  20 |
| 5. Gaya Berjalan | Normal/bedrest/kursi roda Lemah  Terganggu | 0  10  25 |
| 6. Status Mental | Menyadari kemampuan Lupa keterbatasan/pelupa | 0  15 |

Tabel. *Interprestasi MFS* :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Level risiko** | **MFS Skor** | **Tatalaksana** |
| Tidak ada | 0 – 24 | *Good Basic Nursing Care* |
| Risiko Rendah | 25 – 44 | Tindakan Intervensi Pencegahan Standar |
| Risiko Tinggi | ≥ 45 | Tindakan Intervensi Pencegahan Risiko Tinggi Jatuh |

1. Intervensi Pencegahan Pasien Jatuh

Tindakan intervensi pencegahan jatuh menurut Pearson & Andrew (2011), melakukan perubahan fisiologis pasien seperti perubahan aktivitas tolileting pada pasien dewasa tua dengan gangguan kognitif atau inkontenesia urin; perubahan lingkungan seperti menaikan batas tempat tidur, menurunkan kasur, melapisi lantai dengan matras, dan restrain pasien secara terbatas berdasarkan keperluan;

dilanjutkan pendidikan dan pelatihan staf kesehatan dalam program pencegahan pasie jatuh.

Intervensi dalam mencegah terjadinya pasien jatuh dimulai dengan melakukan asesmen risiko jatuh *Morse Fall Scale (MFS).* Hasil dari penilaian *MFS* dilanjutkan dengan prosedur intervensi sesuai dengan tinggi rendahnya skor *MFS* yang muncul. Menurut Ziolkowski dari *Departement of Helath and Human Service St. Joseph Health Petaluna Valley* (2014), Intervensi pencegahan pasien risiko jatuh dapat dibagi menjadi :

1. Intervensi Risiko Rendah
   1. Intervensi lanjutan akan dilakukan pada semua pasien rawat inap.
   2. Orientasi pasien/keluarga dengan lingkungan dan kegiatan rutin.
   3. Tempatkan lampu panggilan (alarm pemberitahuan) dalam jangkauan dan mengingatkan pasien untuk meminta bantuan.
   4. Pastikan tempat tidur pasien dalam posisi rendah dan terkunci.
   5. Bed alarm diaktifkan pada semua pasien saat pasien tidur (selain unit kelahiran anak) kecuali pasien menolak.
   6. Dekatkan barang-barang pasien dalam jangkauan.
   7. Menyediakan alas kaki anti selip yang dibutuhkan pasien untuk berjalan.
   8. Minimalkan pasien berjalan atau bahaya tergelincir.
   9. Kunjungi pasien lebih sering (setiap jam) dan nilai keamanan dan kenyamanan pasien.
   10. Pertimbangkan pencahayaan tambahan.
2. Intervensi Risiko Tinggi atau Sedang
3. Identifikasi secara visual pasien dengan memasang gelang kuning pada pergelangan tangan.
4. Pertimbangkan penempatan ruangan pasien pada area dengan visibilitas tinggi atau dekat dengan ruang jaga perawat.
5. Monitor pasien dan ruangan untuk keamanan kira-kira setiap satu jam.

Tempatkan lampu panggilan dan secara terus-menerus menempatan barang pribadi dalam jangkauan pasien.

1. Rintis *Fall Risk Care Plan*; Sebuah rencana perawatan yang dikembangkan dengan intervensi tepat sesuai kebutuhan pasien.
2. Aktifkan alarm bed sepanjang waktu saat pasien di tempat tidur. Pastikan bed terhubung dengan sistem lampu panggilan juga pasang alarm pada kursi yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
3. Awasi pasien secara langsung (dengan observasi visual) saat menuju kamar mandi atau kamar kecil.
4. Bantu pasien dengan atau pengawasan semua transfer dan *ambulatory*

mengunakan *gait belt* dan alat bantu jalan lainya.

1. Jika pasien menunjukan sikap impulsif, memiliki risiko jatuh sedang atau tinggi atau riwayat jatuh, mungkin dibutuhkan tempat tidur khusus dengan tambahan tikar

atau matras pada sisi tempat tidurnya untuk mencegah bahaya sekunder dari jatuh.

i) Sediakan dan review (ulangi) edukasi pencegahan jatuh kepada pasien dan keluarga.

Intervensi yang dilakukan pada pasien dengan risiko sedang atau tinggi jatuh dengan luka memerlukan tindakan pencegahan yang lebih intersif untuk menjaga keselamatan dan keamanan pasien, tindakan intervensi tersebut menurut *American Hospital Association* (2014), adalah :

1. Meningkatkan intensitas dan kualitas observasi

Pasien dengan risiko tinggi cidera membutuhkan lebih banyak frekuensi observasi dari pada pasien dengan tingkat yang lebih rendah. Dalam meningkatkan observasi pasien gagasan yang perlu diubah adalah dengan meningkatkan obeservasi secara langsung kepada pasien seperti :

1. Dorong dan beri semangat kepada anggota keluarga untuk mendampingi pasien kapanpun sebisanya.
2. Tempatkan pasien dengan risiko tinggi jatuh berdekatan dengan ruangan perawat dan pada kondisi yang lebih terlihat oleh staf rumah sakit, idealnya dalam satu garis pandang.
3. Datang keruangan pasien dengan lebih sering setiap 1-2 jam dalam satu hari.
4. Kembangkan atau sarankan pengunaan jadwal toileting kepada pasien.
5. Buat adaptasi lingkungan dan sediakan alat pribadi untuk mengurangi risiko jatuh dengan luka

Adaptasi lingkungan dapat disediakan untuk melindungi pasien dari jatuh dan mengurangi risiko cidera, dan harus sejajar dengan level risiko pasien jatuh.

Untuk beberapa pasien intervensi khusus atau intensif mungkin diperlukan. Beberapa hal yang dapat meminimalkan pasien jatuh seperti :

* 1. Sediakan tempat anti selip atau sandal anti selip, tambahkan tikar empuk di sebelah tempat tidur pasien saat pasien istirahat.
  2. Tempatkan perangkat alat bantu seperti alat bantu jalan atau transfer bar di sisi bagian keluar tempat tidur.
  3. Gunakan lampu malam untuk memastikan ruangan dapat terlihat setiap saat.
  4. Gunakan alarm kasur atau kursi untuk memperingatkan staf secara cepat bila pasien bergerak.
  5. Biarkan kasur pada seting paling rendah.
  6. Ciptakan ruangan risiko tinggi jatuh khusus dengan modifikasi ruangan seperti perabotan dengan ujung bulat tidak lancip dan kamar mandi dengan toilet duduk yang ditinggikan, dan pasang pengangan tangan di sekitar kamar mandi.

1. Tetapkan intervensi untuk mengurangi efek samping dari pengobatan

Banyak obat yang dapat meningkatkan risiko jatuh dan risiko cidera karena jatuh, biasanya terjadi karena poli- farmasi, khususnya pada pasien usia lanjut, dan menimbulkan banyak efek samping, termasuk jatuh dan jatuh dengan cidera. Intervensi yang perlu dilakukan adalah dengan melakukan *safer management medication* sebagai berikut :

1. Kaji ulang obat yang digunakan pasien dengan risiko tinggi jatuh dan hilangkan atau ganti obat yang dapat meningkatkan risiko terjadinya jatuh.
2. Pertimbangkan pengunaan kriteria *Beers (ix)* untuk mengidentifikasi ketidak tepatan pengobatan pada lansia.
3. Tanyakan kepada farmasis tentang rekomendasi alternatif obat lain.
4. Sesuaikan intervensi untuk pasien dengan risiko tinggi cedera serius atau luka

parah karena jatuh dalam perbaika rencana

Dalam rangka menyesuaikan tindakan pencegahan risiko tinggi jatuh, pengkajian risiko harus dilakukan secara rutin dan dapat diandalkan. Jika risiko tidak dikaji lalu kesempatan untuk pengimplementasikan pencegahan tidak dilakukan, maka hal tersebut dapat meningkatkan resiko terjadinya pasien jatuh bahkan pasien jaruh dengan cidera.

Pengkajian harus dilakukan pada saat pasien pertama kali masuk, setiap kali pasien memiliki perubahan status, dan setidaknya setiap hari (jika tidak dilakukan setiap shift). Hasil dari pengkajian lengkap harus menghasilakan intervensi yang disesuaikan dengan beberapa arahan yang diperlukan.

# TEKNIS PELAKSANAAN

Setiap mahasiswa wajib mengikuti seluruh pembelajaran praktikum Manajemen Patient Safety dengan ketentuan sebagai berikut :

* + - 1. Mahasiswa telah mengikuti demonstrasi
      2. Setiap mahasiswa /kelompok menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sebelum kegiatan dimulai
      3. Wajib mentaati tata tertib yang berlaku di laboratorium keperawatan maupun yang berlaku di tatanan nyata
      4. Wajib mengisi presesnsi setiap kegiatan, merapikan dan mengembalikan alat setelah selesai pada petugas lab.
      5. Apabila mahasiswa berhalangan hadir wajib memberitahukan dan harus mengganti sesuai dengan ketentuan yang berlaku
      6. Membuat laporan kegiatan dari hasil kegiatan praktikum
      7. Selama pelaksanaan praktikum akan dilakukan evaluasi untuk melihat capaian pembelajaran mahasiswa

# TATA TERTIB

Berikut ini adalah tata tertib pelaksanaan praktikum Manajemen Patient Safety.

* 1. Untuk Mahasiswa
     1. Anda harus hadir 10 menit di tempat praktikum sebelum kegiatan praktikum berlangsung
     2. Menggunakan jas praktikum yang telah ditetapkan dilengkapi dengan nama
     3. Diwajibkan menggunakan sepatu. Bila pembimbing Anda menginginkan melepas sepatu ketika memasuki ruang praktikum, maka Anda wajib mematuhinya.
     4. Pada saat praktikum berlangsung Anda dilarang mempergunakan alat komunikasi apapun sampai kegiatan praktikum selesai
     5. Anda harus menyiapkan alat tulis sendiri karena pembimbing tidak mempersiapkannya
     6. Semua kelengkapan untuk praktikum Anda harus siapkan seperti format laporan pendahuluan, format strategi pelaksanaan dan format asuhan keperawatan serta lembar evaluasi
     7. Selama kegiatan praktikum berlangsung Anda diberikan kesempatan untuk ke kamar kecil sebelum kegiatan berlangsung dan tidak diperbolehkan makan dan minum ketika kegiatan praktikum sedang berlangsung.
  2. Untuk Pembimbing
     1. Anda harus hadir 10 menit di tempat praktikum sebelum kegiatan praktikum berlangsung
     2. Menggunakan jas praktikum yang telah ditetapkan dilengkapi dengan papan nama
     3. Pada saat praktikum berlangsung Anda dilarang mempergunakan alat komunikasi apapun sampai kegiatan praktikum selesai
     4. Memberikan penilaian sesuai format yang ada dan menyerahkannya kepada koordinator mata ajar.
     5. Selama kegiatan praktikum berlangsung Anda tidak diperkenankan untuk melakukan kegiatan lain yang dapat mengganggu kegiatan praktikum.

# SANGSI

* 1. Apabila terjadi pelanggaran terhadap tata tertib yang berlaku akan diberikan sangsi oleh akademik sesuai berat ringannya pelanggaran
  2. Apabila menghilangkan/merusak alat yang dipakai dalam praktikum wajib mengganti

# EVALUASI

Untuk menilai keberhasilan capaian pembelajaran kegiatan praktikum dilakukan evaluasi, yang meliputi :

* 1. Kognitif/pengetahuan yaitu responsi dan partisipasi dalam diskusi
  2. Sikap : yaitu sikap mahasiswa saat melaksanakan prosedur meiputi kesopanan, komunikasi, ketelitian, kesabaran dan respon terhadap anak/klien
  3. Psikomotor : mampu melakukan prosedur sesuai SOP dengan tepat dan benar

# REFERENSI

Departement of Health, Government of Western Australia. (2010). *Western Australian patient identification policy.*

World Health Organization Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. (2007). *Patient identification*. Dalam: Patient Safety Solutions. Volume 1. Solution 2.

-------. (2009). *Critical Management Solutions. Patient identification policy*. http//[www.kraskerhc.com.](http://www.kraskerhc.com/) Diperoleh 25 Februari 2012.

Mid Western Regional Hospital. Mid Western Regional Orthopaedic Hospital, Mid Western Regional Maternity Hospital. (2010). *Patient identification policy and procedure*.

Tameside Hospital NHS Foundation Trust. (2010). *Patient identification policy*. Royal United Hospital Bath. (2010). *Policy for the positive identification of patients*.

-------. (2009). Primary Care Provision. Patient identification policy. http// [www.bolton.nhs.uk.](http://www.bolton.nhs.uk/)

Diperoleh 25 Februari 2012.

Bath and North Somerset. (2009). *Patient identification policy and procedure.*

California Association for Medical Laboratory Technology Distance Learning Program. (2010). *Patient identification*.

Royal Free Hampstead NHS Trust. (2008). *Patient identification policy*.

Wisconsin Patient Safety Institute. Model high-alert medications policy & procedures.

Wisconsin: WPSI; 2004.

Institute for Safe Medication Practices (ISMP). ISMP’s list of high-alert medications. ISMP; 2012.

The University of Kansas Hospital. High alert medication double-check. Dalam: Medication management. Corporate Policy Manual. Volume 2. Kansas; 2010.

John Dempsey Hospital-Department of Pharmacy. High alert medications. Dalam: Pharmacy practice manual. Connecticut: University of Connecticut Health Center; 2008.

Cohen M, Kilo C. High-alert medications: safeguarding against errors. Dalam: Cohen M, peny. Medication errors. USA: American Hospital Association, Health Research & Educational Trust, Institute for Safe Medication Practices; 2002.

Regional Pharmacy Nursing Committee. Regional high-alert medication safety practices. Regional Pharmacy and Terapeutic Committee; 2010.

Koczmara C. High alert medications: no room for errors. Kanada: ISMP; 2003.

Graham S, Clopp MP, Kostek NE, Crawford B. Implementation of a high-alert medication program. The Permanente Journal. 2008;12:15-22.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). High-alert medications and patient safety. Int J Qual Health Care. 2001;13:339-40.

10. Cabral K, Wendler L. High alert medications, polypharmacy & avoidable hospitalizations: Practice Improvement Series Meeting (PRISM). 2011.

Kane J. High alert medications policy. The University of Toledo Medical Center. 2011.

Colorado Foundation for Medical Care. Campaign intervention fact sheet: high alert medications.

Medication Use Quality Committee. High alert medications: identification, double-check and labeling. Saskatoon Health Region; 2009.