

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Pengetahuan

1. Pengertian pengetahuan

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting untuk dikuasai, karena dengan mengetahui sesuatu kita dapat melaksanakan dan menjadikan pedoman untuk tindakan selanjutnya (Sastroasmoro, 2008). Pengetahuan merupakan pedoman dalam membentuk tindakan dan perilaku seseorang. Adanya pengetahuan akan menimbulkan kesadaran seseorang yang akhirnya memicunya untuk berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya tersebut (Potter & Perry, 2008).

Pengetahuan dalam bahasa Inggris yaitu *knowledge* dalam *encyclopedia of philosophy* dengan penjelasan definisi pengetahuan adalah kepercayaan yang benar (*knowledge is justified true believe*), secara terminologi akan dikemukakan beberapa definisi tentang pengetahuan. Pengetahuan adalah apa yang diketahui atau hasil pekerjaan tahu, pekerjaan tahu, pekerjaan tahu tersebut adalah hasil dari kenal, sadar, insaf, mengerti dan pandai. Pengetahuan adalah kebenaran dan kebenaran adalah pengetahuan maka dalam kehidupan manusia dapat memiliki berbagai pengetahuan dan kebenaran. Ilmu pengetahuan merupakan suatu metode berpikir secara objektif (*objective thinking*), tujuannya untuk menggambarkan dan memberi makna terhadap dunia *factual*, pengetahuan yang diperoleh dengan ilmu, diperolehnya melalui observasi, eksperimen dan klarifikasi (Bachtiar, 2013).

Pengetahuan, kemampuan, ketrampilan dan kepribadian merupakan bagian dari karakteristik individual yang akan mempengaruhi perilaku organisasi (Baron & Greenberg, 2007). Hasil riset Delphi Group ditemukan bahwa sebanyak 45% aset pengetahuan tersimpan dalam pikiran staf dalam bentuk pengetahuan dan pengalaman sedangkan sisanya berada dalam

dokumen kertas dan dokumen elektronik dalam berbagai bentuk (Setiarso, 2009). Pengetahuan, ketrampilan dan kemampuan kerja merupakan bagian dari faktor individu yang berhubungan dengan kinerja secara keseluruhan (Wibowo, 2011). Pengetahuan juga tidak terlepas dari kemampuan seseorang untuk belajar. Kemampuan belajar dipengaruhi oleh umur, jenis kelamin, latar belakang sosial dan budaya, tingkat pendidikan, pengalaman hidup dan gaya belajar (Ellis & Hartley, 2010).

2. Tingkat pengetahuan

Pengetahuan tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan (Notoatmojo, 2011) yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk dalam tingkat pengetahuan ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap suatu obyek yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu “tahu” adalah tingkatan pengetahuan paling rendah.

b. Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Seseorang dikatakan telah paham terhadap objek atau materi apabila dapat menjelaskan, menyebutkan contoh menyimpulkan, meramalkan dan sebagainya.

c. Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi riil. Aplikasi di sini dapat diartikan penggunaan hukum, rumus, metode prinsip dan sebagainya dalam konteks atau situasi lain.

d. Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau obyek dalam komponen-komponen, tetapi masalah di dalam suatu struktur organisasi masih ada kaitan satu dengan yang lain. (Arikunto, 2010).

e. Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjukkan kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian-bagian ke dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru atau menyusun formulasi-formulasi yang ada. Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi dikaitkan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek. Penilaian itu berdasarkan kriteria yang ditentukan sendiri atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada. Misalnya: perawat mampu menilai bagaimana cara pencegahan penularan infeksi nosokomial yang baik dan benar. Faktor-faktor yang mempengaruhi tingkat pengetahuan adalah sebagai berikut: pendidikan (meskipun tidak mutlak, namun semakin tinggi pendidikan seseorang maka makin tinggi pula tingkat pengetahuannya), sosial ekonomi (seseorang yang mempunyai tingkat sosial ekonomi baik, kemungkinan mempunyai tingkat pendidikan yang baik pula), lingkungan (lingkungan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan), budaya (budaya berpengaruh terhadap tingkat pengetahuan seseorang (Murniati dan Sulianti, 2007).

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Sukmadinata (2013), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang dipengaruhi oleh faktor-faktor sebagai berikut :

a. Faktor internal

1) Jasmani

Faktor jasmani di antaranya adalah keadaan indera seseorang.

2) Rohani

Faktor rohani di antaranya adalah kesehatan psikis, intelektual, psikomotor serta kondisi efektif dan kognitif individu.

b. Faktor eksternal

Mubarak, dkk (2007) menyatakan ada tujuh faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu :

1) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya, jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan informasi dan nilai-nilai baru diperkenalkan. Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberi respon yang datang dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberi respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang dan akan berfikir sejauh mana keuntungan yang mungkin akan mereka peroleh dari gagasan tersebut.

2) Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung.

3) Umur

Bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek psikis dan psikologis (mental). Pertumbuhan fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan, yaitu perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru. Hal ini terjadi akibat pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis dan mental berfikir seseorang makin matang dan dewasa.

4) Minat

Suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih dalam.

5) Pengalaman

Suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan pengalaman yang baik seseorang akan berusaha untuk melupakan, namun jika pengalaman terhadap objek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang membekas dalam emosi sehingga menimbulkan sikap positif.

6) Kebudayaan

Kebudayaan lingkungan sekitar, apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan.

7) Paparan Media Massa/informasi

Melalui berbagai media cetak maupun elektronik, berbagai informasi dapat diterima oleh masyarakat, sehingga seseorang yang lebih sering terpapar media massa (TV, radio, majalah, pamphlet, dll) akan memperoleh informasi media ini, berarti paparan media massa mempunyai tingkat pengetahuan yang dimiliki seseorang.

4. Cara memperoleh pengetahuan

Berbagai cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah, dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni :

a. Cara tradisional atau nonilmiah

Cara kuno atau tradisional ini dipakai orang untuk memperoleh kebenaran pengetahuan, sebelum ditemukannya metode ilmiah atau metode penemuan secara sistematis dan logis adalah dengan cara non ilmiah, tanpa melalui

penelitian. Cara–cara penemuan pengetahuan pada periode ini antara lain meliputi :

1) Cara Coba Salah (*Trial and Error*)

Cara ini menggunakan kemungkinan dalam memecahkan masalah dan apabila kemungkinan tersebut tidak berhasil maka di coba kemungkinan yang lain. Apabila kemungkinan kedua masih salah maka dicoba lagi dengan kemungkinan yang ketiga dan seterusnya sampai masalah dapat dipecahkan. Itu sebabnya cara ini disebut metode *trial* (coba) dan *error* (gagal atau salah) atau metode coba salah atau coba-coba.

2) Secara Kebetulan

Penemuan kebenaran secara kebetulan terjadi karena tidak disengaja oleh orang yang bersangkutan.

3) Cara Kekuasaan atau Otoritas

Pengetahuan diperoleh berdasarkan tradisi pada otoritas atau kekuasaan, baik tradisi pemerintah otoritas pemimpin agama maupun ahli–ahli pengetahuan. Pada prinsipnya bahwa orang lain menerima pendapat yang dikemukakan oleh orang yang mempunyai otoritas tanpa terlebih dahulu membuktikan kebenarannya baik berdasarkan fakta empiris maupun penalaran sendiri.

4) Berdasarkan Pengalam Pribadi

Pengalaman merupakan guru yang terbaik, pepatah ini mengandung maksud bahwa pengalaman ini merupakan sumber pengetahuan atau pengalaman itu merupakan suatu cara untuk memperoleh pengetahuan.

5) Melalui Jalan Pikiran

Sejalan dengan perkembangan manusia maka cara berpikir manusia juga ikut berkembang. Manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuan. Dengan kata lain dalam

memperoleh pengetahuannya manusia telah menggunakan jalan pikirannya baik melalui induksi maupun deduksi.

- b. Cara modern atau cara ilmiah, yakni melalui proses penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Cara yang terbaru dalam memperoleh pengetahuan pada dewasa ini lebih sistematis, logis, dan ilmiah. Cara yang seperti ini disebut dengan metode penelitian ilmiah atau lebih populer dengan metodologi penelitian.

5. Pengukuran pengetahuan

Dua cara pokok bagi manusia untuk mendapatkan pengetahuan yang benar yaitu, mendasarkan diri pada rasional dan pengalaman. Cara pengukuran pengetahuan dalam penelitian bisa menggunakan angket dan biasanya dituliskan dalam prosentasi ; baik = 76-100%, Cukup = 5675% dan Kurang = <55% (Arikunto, 2008). Hidayat (2007) menjelaskan bahwa salah satu skala yang dapat digunakan dalam mengukur pengetahuan adalah menggunakan skala Gutman. Skala Gutman terdiri dari benar-salah atau ya-tidak. Oleh karena itu, penelitian menggunakan skala Gutman dengan jawaban benar dan salah dalam pengukuran pengetahuan klien tentang tingkat pengetahuan keluarga pasien.

B. Patient Safety

1. Pengertian

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman, mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sistem tersebut meliputi pengenalan resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden,

tindak lanjut dan implementasi solusi untuk meminimalkan resiko (Depkes RI, 2008).

Menurut Nursalam (2011), *pasien safety* adalah penghindaran, pencegahan dan perbaikan dari kejadian yang tidak diharapkan atau mengatasi cedera-cedera dari proses pelayanan kesehatan. Program keselamatan pasien adalah suatu usaha untuk menurunkan angka Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang sering terjadi pada pasien selama dirawat di rumah sakit sehingga sangat merugikan baik pasien itu sendiri maupun pihak rumah sakit (Cecep, 2013).

Menurut IOM, Keselamatan Pasien (*patient safety*) didefinisikan sebagai *freedom from accidental injury*. *Accidental injury* disebabkan karena *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan. Cooper et al (2000) telah mendefinisikan bahwa “*patient safety as the avoidance, prevention, and amelioration of adverse outcomes or injuries stemming from the processes of healthcare.*” Pengertian ini maksudnya bahwa *patient safety* merupakan penghindaran, pencegahan, dan perbaikan dari kejadian yang tidak diharapkan atau mengatasi cedera-cedera dari proses pelayanan kesehatan.

2. Tujuan *patient safety* rumah sakit

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunnya angka Kejadian Tidak Diharapkan di rumah sakit
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi penanggulangan Kejadian Tidak Diharapkan (Depkes RI, 2006).

Sedangkan tujuan keselamatan pasien secara internasional adalah:

- a. *Identify patients correctly* (mengidentifikasi pasien secara benar)

- b. *Improve effective communication* (meningkatkan komunikasi yang efektif)
- c. *Improve the safety of high-alert medications* (meningkatkan keamanan dari pengobatan resiko tinggi)
- d. *Eliminate wrong-site, wrong-patient, wrong procedure surgery* (mengeliminasi kesalahan penempatan, kesalahan pengenalan pasien, kesalahan prosedur operasi)
- e. *Reduce the risk of health care-associated infections* (mengurangi risiko infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan)
- f. *Reduce the risk of patient harm from falls* (mengurangi risiko pasien terluka karena jatuh (Cecep, 2013).

3. Standar *patient safety*

a. Hak pasien

Standarnya adalah pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan. Kriterianya adalah sebagai berikut:

- 1) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.
- 2) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayan.
- 3) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan yang jelas dan benar kepada pasien dan keluarga tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan.

b. Mendidik Pasien Dan Keluarga

Standarnya adalah rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Kriterianya adalah keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien adalah partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di Rumah sakit harus ada sistim dan mekanisme

mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat:

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

c. Keselamatan Pasien Dan Kestinambungan Pelayanan

Standarnya adalah rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan dengan kriteri sebagai berikut:

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

d. Peran Kepemimpinan Dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien
Standarnya adalah:

- 1) Pimpinan mendorong dan jamin implementasi program keselamatan pasien melalui penerapan “9 Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
- 2) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif identifikasi risiko keselamatan pasien dan program mengurangi Kejadian Tidak Diharapkan.

- 3) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien
- 4) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
- 5) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien dengan kriteria sebagai berikut:
 - a) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
 - b) Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden,
 - c) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi
 - d) Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
 - e) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden,
 - f) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden
 - g) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan
 - h) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan
 - i) Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien
- e. Mendidik Staf Tentang Keselamatan Pasien Standarnya adalah:

- 1) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
 - 2) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien, dengan kriteria sebagai berikut:
 - a) Memiliki program diklat dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien
 - b) Mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *inservice training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden.
 - c) Menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (teamwork) guna mendukung pendekatan interdisiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.
- f. Komunikasi Merupakan Kunci Bagi Staf Untuk Mencapai Keselamatan Pasien
- Standarnya adalah:
- 1) Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
 - 2) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat dengan kriteria sebagai berikut:
 - a) Disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
 - b) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada (Depkes RI, 2006).

4. Indikator *Patient Safety* (IPS)

Indikator *patient safety* merupakan ukuran yang digunakan untuk mengetahui tingkat keselamatan pasien selama dirawat di rumah sakit.. Indikator *patient safety* bermanfaat untuk menggambarkan besarnya masalah yang dialami pasien selama dirawat di rumah sakit, khususnya yang berkaitan dengan berbagai tindakan medik yang berpotensi menimbulkan risiko di sisi pasien. Dengan mendasarkan pada IPS ini maka rumah sakit dapat menetapkan upaya-upaya yang dapat mencegah timbulnya *outcome* klinik yang tidak diharapkan pada pasien. (Dwiprahasto, 2008). Secara umum IPS terdiri atas 2 jenis, yaitu IPS tingkat rumah sakit dan IPS tingkat area pelayanan.

- a. Indikator tingkat rumah sakit (*hospital level indicator*) digunakan untuk mengukur potensi komplikasi yang sebenarnya dapat dicegah saat pasien mendapatkan berbagai tindakan medik di rumah sakit. Indikator ini hanya mencakup kasus-kasus yang merupakan diagnosis sekunder akibat terjadinya risiko pasca tindakan medik.
- b. Indikator tingkat area mencakup semua risiko komplikasi akibat tindakan medik yang didokumentasikan di tingkat pelayanan setempat (kabupaten/kota). Indikator ini mencakup diagnosis utama maupun diagnosis sekunder untuk komplikasi akibat tindakan medik.

Indikator *patient safety* antara lain : Komplikasi anestesi, angka kematian yang rendah, ulkus *dekubitus*, kematian oleh karena komplikasi pada pasien rawat inap, benda asing tertinggal selama prosedur, pneumotoraks iatrogenic, Infeksi akibat perawatan, patah tulang pascaoperasi, pendarahan atau hematoma pascaoperasi, gangguan fisiologis dan metabolik pascaoperasi, kegagalan pernapasan pascaoperasi, *pulmonary embolism* atau *deep vein thrombosis*, sepsis pascaoperasi, luka pada pasien bedah *abdominopelvik*, luka tusukan dan laserasi, reaksi transfusi, trauma lahir cedera pada neonatus, trauma kebidanan oleh karena persalinan dengan instrument, trauma

kebidanan oleh karena persalinan tanpa instrument, trauma kebidanan - kelahiran sesaria.

Elemen *patient safety* meliputi: Kesalahan pengobatan yang merugikan , menggunakan restraint, infeksi *nosokomial*, kecelakaan bedah, luka karena tekanan(*dicubitus*), keamanan produk darah, resistensi antimikrobia, Imunisasi, *falls* (jatuh), darah *stream*(aliran), perawatan kateter pembuluh darah serta tindak lanjut dan pelaporan insiden keselamatan pasien.

Akar penyebab kesalahan keselamatan pasien paling umum disebabkan antara lain: Masalah komunikasi, kurangnya informasi, masalah manusia, pasien yang berhubungan dengan isu-isu, transfer pengetahuan dalam organisasi, *staffing* pola/alur kerja, kegagalan teknis, kurangnya kebijakan dan prosedur. Tujuan umum keamanan pasien antara lain: Mengidentifikasi pasien dengan benar, meningkatkan komunikasi yang efektif, meningkatkan keamanan obat, hilangkan salah tempat, salah-pasien, prosedur tindakan yang salah, mengurangi resiko infeksi terkait perawatan kesehatan dan mengurangi risiko bahaya pasien dari jatuh (AHRQ).

C. Perawat Mampu Mengenal /Mengetahui Pasien Resiko Jatuh

1. Peran perawat dalam menerapkan keselamatan pasien

Sebagai pemberi pelayanan keperawatan, perawat mematuhi standart pelayanan dan SOP yang ditetapkan. Menerapkan prinsip-prinsip etik dalam pemberian pelayanan keperawatan. Memberikan pendidikan kepada pasien dan keluarga tentang asuhan yang diberikan. Menerapkan kerjasama tim kesehatan yang handal dalam pemberian pelayanan kesehatan. Menerapkan komunikasi yang baik terhadap pasien dan keluarganya. Peka, proaktif dan melakukan penyelesaian masalah terhadap kejadian tidak diharapkan. Mendokumentasikan dengan benar semua asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga.

Manfaat penerapan sistim keselamatan pasien antara lain : Budaya *safety* meningkat dan berkembang Komunikasi dengan pasien berkembang Kejadian

tidak diharapkan menurun. peta KTD selalu ada dan terkini, Resiko klinis menurun, Keluhan dan litigasi berkurang, Mutu pelayanan meningkat, Citra rumah sakit dan kepercayaan masyarakat meningkat.

Kewajiban perawat secara umum terhadap keselamatan pasien adalah Mencegah malpraktek dan kelalaian dengan mematuhi standart. Melakukan pelayanan keperawatan berdasarkan kompetensi. Menjalin hubungan empati dengan pasien. Mendokumentasikan secara lengkap asuhan. Teliti, obyektif dalam kegiatan. Mengikuti peraturan dan kebijakan institusi. Peka terhadap terjadinya cedera.

2. Perilaku *patient safety*

Perilaku mencakup 3 domain, yakni: pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*) dan tindakan atau praktik (*practice*) (Notoatmodjo, 2003). Mengukur perilaku dan perubahannya khususnya perilaku *patient safety* juga mengacu kepada 3 domain tersebut., secara rinci dikaitkan dengan program *patient safety* dijelaskan sebagai berikut :

a. Pengetahuan tentang *patient safety*

Pengetahuan tentang *patient safety* adalah mencakup apa yang diketahui oleh seseorang tentang *patient safety* . Pengetahuan tentang *patient safety* meliputi :

- 1) Pengetahuan tentang risiko yang bisa saja terjadi bila tidak menerapkan program *patient safety*.
- 2) Pengetahuan tentang faktor-faktor yang terkait dan/atau mempengaruhi keselamatan pasien.
- 3) Pengetahuan tentang fasilitas pelayanan yang tersedia.
- 4) Pengetahuan untuk menghindari kecelakaan dan kesalahan.

Pengukuran pengetahuan *patient safety* seperti tersebut diatas adalah dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan secara langsung (wawancara)

atau melalui pertanyaan-pertanyaan tertulis atau angket. indikator pengetahuan *patient safety* adalah tingginya pengetahuan responden tentang *patient safety*, atau besarnya persentase kelompok responden tentang variabel-variabel atau komponen-komponen *patient safety*.

b. Sikap terhadap *patient safety*

Sikap terhadap *patient safety* adalah pendapat atau penilaian orang terhadap hal-hal yang berkaitan dengan *patient safety*, yang mencakup sekurang-kurangnya 4 variabel yaitu :

- 1) Sikap terhadap risiko yang bisa terjadi bila tidak menerapkan program *patient safety*
- 2) Sikap tentang faktor-faktor yang terkait dan/atau mempengaruhi keselamatan pasien.
- 3) Sikap tentang fasilitas pelayanan kesehatan yang tersedia.
- 4) Sikap untuk menghindari kecelakaan dan kesalahan.

Pengukuran sikap dapat dilakukan secara langsung ataupun tidak langsung. Pengukuran sikap secara langsung dapat dilakukan dengan mengajukan pertanyaan-pertanyaan tentang stimulus atau objek yang bersangkutan.

c. Praktik *patient safety*

Praktik *patient safety* atau tindakan untuk *patient safety* adalah semua kegiatan atau aktivitas orang dalam rangka *patient safety*. Tindakan atau praktik *patient safety* ini juga meliputi 4 faktor yaitu : Aspek perilaku di dalam *patient safety*:

- 1) Tindakan atau praktik sehubungan dengan risiko yang bisa saja terjadi bila tidak menerapkan *patient safety*.
- 2) Tindakan atau praktik sehubungan faktor-faktor yang terkait dan/atau mempengaruhi keselamatan pasien.
- 3) Tindakan atau praktik sehubungan fasilitas pelayanan yang tersedia.

- 4) Tindakan atau praktik sehubungan untuk menghindari kecelakaan dan kesalahan.

3. Solusi *live-saving* keselamatan pasien rumah sakit

WHO Collaborating Centre for Patient Safety pada tanggal 2 Mei 2007 resmi menerbitkan “Nine Life Saving Patient Safety Solutions” (“Sembilan Solusi Life-Saving Keselamatan Pasien Rumah Sakit”). Panduan ini mulai disusun sejak tahun 2005 oleh pakar keselamatan pasien dan lebih 100 negara, dengan mengidentifikasi dan mempelajari berbagai masalah keselamatan pasien.

Solusi keselamatan pasien adalah sistem atau intervensi yang dibuat, mampu mencegah atau mengurangi cedera pasien yang berasal dari proses pelayanan kesehatan. Sembilan Solusi ini merupakan panduan yang sangat bermanfaat membantu rumah sakit memperbaiki proses asuhan pasien yang berguna untuk menghindari cedera maupun kematian yang dapat dicegah. Solusi tersebut antara lain adalah :

- a. Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip (*look-alike, sound-alike medication names*).

Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip (NORUM), yang membingungkan staf pelaksana adalah salah satu penyebab yang paling sering dalam kesalahan obat (*medication error*) dan ini merupakan suatu keprihatinan di seluruh dunia. Puluhan ribu obat yang ada saat ini di pasar, maka sangat signifikan potensi terjadinya kesalahan akibat bingung terhadap nama merek dagang atau generik serta kemasan.

- b. Pastikan identifikasi pasien

Kegagalan yang meluas dan terus menerus untuk mengidentifikasi pasien secara benar sering mengarah kepada kesalahan pengobatan, transfusi maupun pemeriksaan, pelaksanaan prosedur yang keliru, orang penyerahan bayi kepada bukan keluarganya. Rekomendasi ditekankan pada

metode untuk verifikasi terhadap identitas pasien, termasuk keterlibatan pasien dalam proses ini, standardisasi dalam metode identifikasi di semua rumah sakit dalam suatu sistem layanan kesehatan, dan partisipasi pasien dalam konfirmasi ini, serta penggunaan protokol untuk membedakan identifikasi pasien dengan nama yang sama.

c. Komunikasi secara benar saat serah terima/pengoperan Pasien.

Kesenjangan dalam komunikasi saat serah terima/ pengoperan pasien antara unit-unit pelayanan, dan didalam serta antar tim pelayanan, bisa mengakibatkan terputusnya kesinambungan layanan, pengobatan yang tidak tepat, dan potensial dapat mengakibatkan cedera terhadap pasien. Rekomendasi ditujukan untuk memperbaiki pola serah terima pasien termasuk penggunaan protokol untuk mengkomunikasikan informasi yang bersifat kritis; memberikan kesempatan bagi para praktisi untuk bertanya dan menyampaikan pertanyaan-pertanyaan pada saat serah terima, dan melibatkan para pasien serta keluarga dalam proses serah terima.

d. Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar

Penyimpangan pada hal ini seharusnya sepenuhnya dapat dicegah. Kasus-kasus dengan pelaksanaan prosedur yang keliru atau pembedahan sisi tubuh yang salah sebagian besar adalah akibat dan miskomunikasi dan tidak adanya informasi atau informasinya tidak benar. Faktor yang paling banyak kontribusinya terhadap kesalahan-kesalahan macam ini adalah tidak ada atau kurangnya proses pra-bedah yang distandardisasi.

Rekomendasinya adalah untuk mencegah jenis-jenis kekeliruan yang tergantung pada pelaksanaan proses verifikasi prapembedahan; pemberian tanda pada sisi yang akan dibedah oleh petugas yang akan melaksanakan prosedur; dan adanya tim yang terlibat dalam prosedur 'Time out' sesaat sebelum memulai prosedur untuk mengkonfirmasi identitas pasien, prosedur dan sisi yang akan dibedah.

e. Kendalikan cairan elektrolit pekat (*concentrated*).

Sementara semua obat-obatan, biologis, vaksin dan media kontras memiliki profil risiko, cairan elektrolit pekat yang digunakan untuk injeksi khususnya adalah berbahaya. Rekomendasinya adalah membuat standardisasi dari dosis, unit ukuran dan istilah, dan pencegahan atas campur aduk / bingung tentang cairan elektrolit pekat yang spesifik.

- f. Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan.

Kesalahan medikasi terjadi paling sering pada saat transisi/pengalihan. Rekonsiliasi (penuntasan perbedaan) medikasi adalah suatu proses yang didesain untuk mencegah salah obat (*medication errors*) pada titik-titik transisi pasien. Rekomendasinya adalah menciptakan suatu daftar yang paling lengkap dan akurat dari seluruh medikasi yang sedang diterima pasien juga disebut sebagai "*home medication list*", sebagai perbandingan dengan daftar saat admisi, penyerahan/perintah pemulangan bilamana menuliskan perintah medikasi, dan dikomunikasikan daftar tersebut kepada petugas layanan yang berikut dimana pasien akan ditransfer atau dilepaskan.

- g. Hindari salah kateter dan salah sambung slang (*tube*).

Slang, kateter, dan spuit (*syringe*) yang digunakan harus didesain sedemikian rupa agar mencegah kemungkinan terjadinya KTD yang bisa menyebabkan cedera atas pasien melalui penyambungan spuit dan slang yang salah, serta memberikan medikasi atau cairan melalui jalur yang keliru. Rekomendasinya adalah menganjurkan perlunya perhatian atas medikasi secara detail / rinci bila sedang mengerjakan pemberian medikasi serta pemberian makan (misalnya slang yang benar), dan bilamana menyambung alat-alat kepada pasien (misalnya menggunakan sambungan & slang yang benar).

- h. Gunakan alat injeksi sekali pakai.

Salah satu keprihatinan global terbesar adalah penyebaran dan HIV, HBV dan HCV yang diakibatkan oleh pakai ulang dari jarum

suntik.Rekomendasinya adalah perlunya melarang pakai ulang jarum di fasilitas layanan kesehatan, pelatihan periodik para petugas di lembaga-lembaga layanan kesehatan khususnya tentang prinsip-prinsip pengendalian infeksi, edukasi terhadap pasien dan keluarga, mengenai penularan infeksi melalui darah, dan praktek jarum sekali pakai yang aman.

- i. Tingkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan infeksi nosokomial.

Diperkirakan bahwa pada setiap saat lebih dari 1,4 juta orang di seluruh dunia menderita infeksi yang diperoleh di rumah-rumah sakit. Kebersihan tangan yang efektif adalah ukuran preventif yang primer untuk menghindari masalah ini. Rekomendasinya adalah mendorong implementasi penggunaan cairan "*alcohol-based hand-rubs*" tersedia pada titik-titik pelayanan, tersedianya sumber air pada semua kran, pendidikan staf mengenai teknik kebersihan tangan yang benar mengingatkan penggunaan tangan bersih ditempat kerja, dan pengukuran kepatuhan penerapan kebersihan tangan melalui pemantauan / observasi dan tehnik-tehnik yang lain.

4. Prosedur pencegahan pada pasien beresiko jatuh

a. Morse Scale Fall (MFS)

Morse fall scale (MFS) merupakan salah satu instrument yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi pasien yang beresiko jatuh. Dengan menghitung skor MFS pada pasien dapat ditentukan risiko jatuh dari pasien tersebut, sehingga dengan demikian dapat diupayakan pencegahan jatuh yang perlu dilakukan. Pengkajian risiko jatuh dilakukan pada saat pasien baru masuk ruangan, setiap shift, pernah terjadi jatuh, dilakukan bila ada perubahan status mental sesuai dengan prosedur yaitu SPO. Penilaian risiko jatuh menggunakan MFS untuk pasien dewasa. Hasil

penilaian MFS bila > 45 risiko tinggi dan < 45 risiko rendah. Lihat instrumen pengkajian MFS di tabel 2.1

Tabel 2.1 Instrumen Morse Fall Scale (MFS)

NO	Item	Scale	
1.	<i>History of falling; immediate or within 3 month?</i>	<i>No</i>	0
		<i>Yes</i>	25
2.	<i>Secondary diagnosis?</i>	<i>No</i>	0
		<i>Yes</i>	15
3.	<i>Ambulatory aid</i>		
	- <i>Bed rest/nurse assist</i>		0
	- <i>Crutches/cane/walker</i>		15
	- <i>Furniture</i>		30
4.	<i>IV/Heparin Lock</i>	<i>No</i>	0
		<i>Yes</i>	20
5.	<i>Gait/Transferring :</i>		
	- <i>Normal/bedrest/immobile</i>		0
	- <i>Weak</i>		10
	- <i>Impaired</i>		20
6.	<i>Mental status</i>		
	- <i>Oriented to own ability</i>		0
	- <i>Forgets limitations</i>		15

The items in the scale are scored as follows:

History of falling: This is scored as 25 if the patient has fallen during the present hospital admission or if there was an immediate history of physiological falls, such as from seizures or an impaired gait prior to admission. If the patient has not fallen, this is scored 0. Note: If a patient falls for the first time, then his or her score immediately increases by 25. Secondary diagnosis : This is scored as 15 if more than one medical diagnosis is listed on the patient's chart; if not, score 0.

Ambulatory aids: This is scored as 0 if the patient walks without a walking aid (even if assisted by a nurse), uses a wheelchair, or is on a bed rest and does not get out of bed at all. If the patient uses crutches, a cane, or a walker, this item scores 15; if the patient ambulates clutching onto the furniture for support, score this item 30. Intravenous therapy: This is scored as 20 if the patient has an intravenous apparatus or a heparin lock inserted; if not, score 0.

Gait: A normal gait is characterized by the patient walking with head erect, arms swinging freely at the side, and striding without hesitant. This gait scores 0. With a weak gait (score as 10), the patient is stooped but is able to lift the head while walking without losing balance. Steps are short and the patient may shuffle. With an impaired gait (score 20), the patient may have difficulty rising from the chair, attempting to get up by pushing on the arms of the chair/or by bouncing (i.e., by using several attempts to rise). The patient's head is down, and he or she watches the ground. Because the patient's balance is poor, the patient grasps onto the furniture, a support person, or a walking aid for support and cannot walk without this assistance.

Mental status: When using this Scale, mental status is measured by checking the patient's own self-assessment of his or her own ability to ambulate. Ask the patient, "Are you able to go the bathroom alone or do you need assistance?" If the patient's reply judging his or her own ability

is consistent with the ambulatory order on the Kardex®, the patient is rated as “normal” and scored 0. If the patient’s response is not consistent with the nursing orders or if the patient’s response is unrealistic, then the patient is considered to overestimate his or her own abilities and to be forgetful of limitations and scored as 15.

Scoring and Risk Level: The score is then tallied and recorded on the patient’s chart. Risk level and recommended actions (e.g. no interventions needed, standard fall prevention interventions, high risk prevention interventions) are then identified.

Important Note: The Morse Fall Scale should be calibrated for each particular healthcare setting or unit so that fall prevention strategies are targeted to those most at risk. In other words, risk cut off scores may be different depending on if you are using it in an acute care hospital, nursing home or rehabilitation facility. In addition, scales may be set differently between particular units within a given facility.

Table 2. 2. Sample Risk level

Risk Level	MFS Score	Action
No Risk	0 – 24	Good Basic Nursing Care
Low Risk	25 – 50	Implement Standard Fall Prevention Interventions
High Risk	51	Implement High Risk Fall Prevention Interventions

Keterangan:

- a. Bila total skore <45 risiko rendah dan bila total skore >45 risiko tinggi

Kesimpulan:

RR (Risiko Rendah) <45

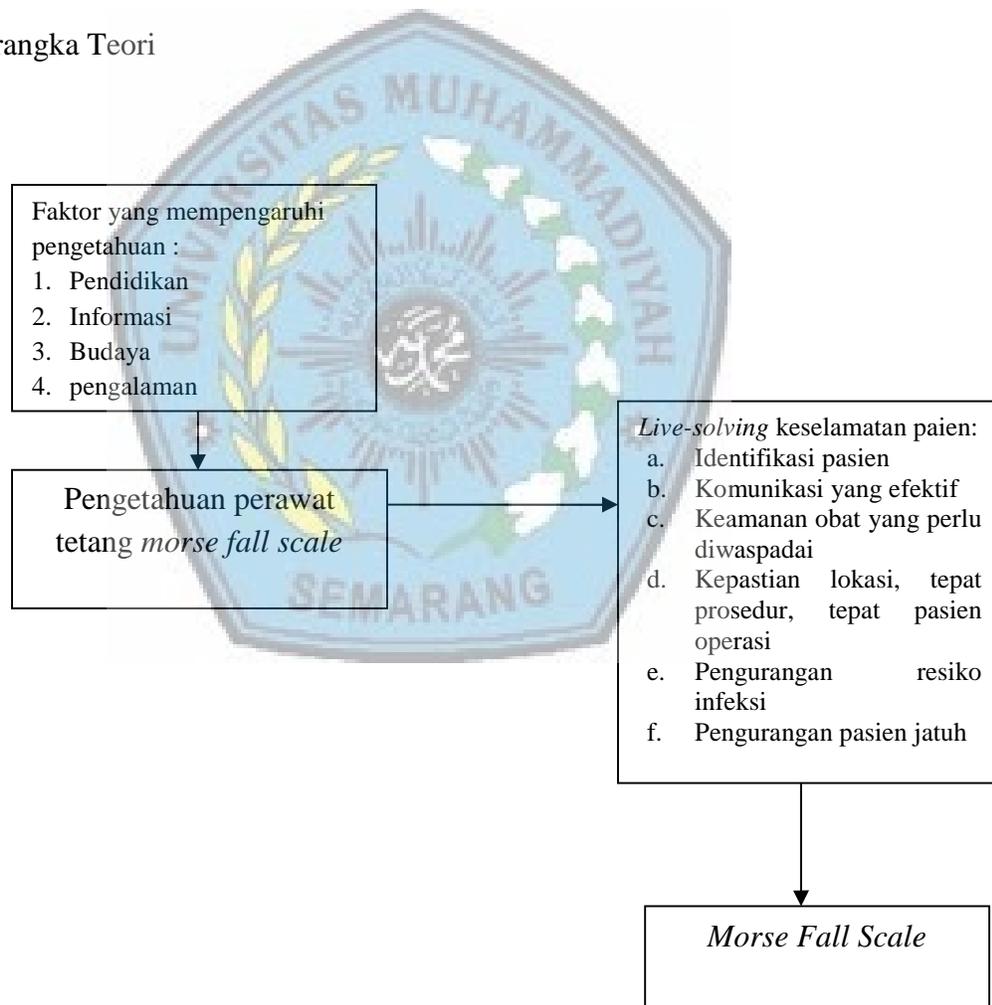
RT (Risiko Tinggi) >45

- b. Pemasangan label segitiga kuning untuk risiko tinggi
 c. Pemasangan gelang risiko jatuh dilakukan setelah penilaian *more fall scale* (MFS) hasilnya 45.

- d. Tempat tidur pasien merupakan salah satu alat yang digunakan oleh pasien untuk mencegah risiko pasien jatuh dari tempat tidur, maka tempat tidur dalam posisi rendah dan terdapat pagar pengaman/sisi tempat tidur.

(Potter & Perry, 2005).

e. Kerangka Teori



Skema 2.1 Kerangka Teori

Sumber: Notoatmodjo (2012), Perry & Potter (2008).

