



MODUL PRAKTIKUM

KESELAMATAN PASIEN DAN KESELAMATAN KESEHATAN KERJA DALAM KEPERAWATAN

Disusun Oleh:

Irna Megawaty, S.Kep., Ns., M.Kep

Sahriana, S.Kep., Ns., M.Kep

Helmi Juwita, S.Kep. Ns., M.Kep

Sri Marnianti Irnawan, S.Kep., Ns., M.Kep

Rizky Maharja, S.KM., MKKK



**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT
2025**



FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT

No. Dokumen : 25-Modul-Kep-2025

MODUL PRAKTIKUM KESELAMATAN PASIEN DAN KESELAMATAN
KESEHATAN KERJA DALAM KEPERAWATAN

Disusun : Tim Penyusun

(Irna Megawaty, S.Kep., Ns., M.Kep)

Diajukan : Koordinator Mata Kuliah

(Irna Megawaty, S.Kep., Ns., M.Kep)

Dikendalikan : Koordinator Program Studi

(Indrawati, S.Kep., Ns., M.Kes)

Disahkan : Wakil Dekan 1 Bidang Akademik

(Muhammad Irwan, S.Kep., Ns., M.Kes)



KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS DAN TEKNOLOGI

UNIVERSITAS SULAWESI BARAT

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Alamat: Padhang-Phadang Universitas Sulawesi Barat,
Email: fik.unsulbar@gmail.com

VISI DAN MISI

FAKULTAS ILMU KESEHATAN UNIVERSITAS SULAWESI BARAT

a. Visi;

Pada tahun 2040 menjadi institusi pendidikan kesehatan yang unggul dalam mengembangkan dan memanfaatkan ilmu teknologi kesehatan untuk memecahkan masalah kesehatan lokal, nasional dan global.

b. Misi;

- 1) Menyelenggarakan program pendidikan kesehatan untuk menghasilkan lulusan yang berkualitas, berdedikasi tinggi dan berakhlak mulia dalam rangka memenuhi tuntutan dan kebutuhan pembangunan
- 2) Mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi melalui kegiatan penelitian dan pengembangan inovasi di bidang kesehatan
- 3) Memanfaatkan ilmu pengetahuan, teknologi kesehatan dalam mewujudkan kesejahteraan dan peradaban yang tinggi
- 4) Mengembangkan kemitraan dengan berbagai pihak untuk penerapan dan pengembangan ilmu kesehatan



KEMENTERIAN PENDIDIKAN TINGGI, SAINS DAN TEKNOLOGI

UNIVERSITAS SULAWESI BARAT

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

Alamat: Padhang-Phadang Universitas Sulawesi Barat,
Email: fik.unsulbar@gmail.com

VISI DAN MISI

PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

UNIVERSITAS SULAWESI BARAT

Visi Misi Program Studi memiliki Pencirian yakni **Profesional, Peka Budaya, dan Tanggap Darurat** yang terwujud didalam Visi Misi, yakni;

a. Visi;

Terwujudnya program studi keperawatan yang menghasilkan tenaga keperawatan profesional tanggap darurat dan peka budaya pada tahun 2030 dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.

b. Misi;

- 1) Melaksanakan Pendidikan keperawatan profesional yang tanggap darurat dan peka budaya dengan memanfaatkan ilmu pengetahuan dan teknologi.
- 2) Melaksanakan dan mengembangkan penelitian yang relevan dengan tantangan pelayanan kesehatan dan keperawatan.
- 3) Melaksanakan pengabdian masyarakat dengan memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat.
- 4) Menyelenggarakan tata kelola good governance pada program studi.
- 5) Menjalinkan kemitraan dengan berbagai pihak untuk penerapan dan pengembangan ilmu keperawatan

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur Kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang Telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga Modul ini dapat tersusun. Modul ini diperuntukkan bagi mahasiswa Program Studi S1 keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Sulawesi barat.

Diharapkan mahasiswa yang mengikuti kegiatan pembelajaran dapat mengikuti semua kegiatan dengan baik dan lancar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan modul ini tentunya masih terdapat beberapa kekurangan, sehingga penulis bersedia menerima saran dan kritik dari berbagai pihak untuk dapat menyempurnakan modul ini di kemudian hari. Semoga dengan adanya modul ini dapat membantu proses belajar mengajar dengan lebih baik lagi.

Majene , Januari 2025

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	i
VISI DAN MISI FAKULTAS	ii
VISI DAN MISI PROGRAM STUDI	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	v
1. Deskripsi Mata Kuliah.....	1
b. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah:	2
2. Metode Pembelajaran	2
3. Uraian Beban Studi.....	3
PENDAHULUAN	4
Kegiatan Praktikum 1:.....	6
IDENTIFIKASI PASIEN.....	6
URAIAN MATERI	6
PROSEDUR KERJA KETERAMPILAN MELAKUKAN IDENTIFIKASI PASIEN	14
Kegiatan Praktikum 2:.....	25
MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF	25
Kegiatan Praktikum 3:.....	39
MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT YANG HARUS DIWASPADAI.....	39
Kegiatan Praktikum 4:.....	47
MEMASTIKAN LOKASI PEMBEDAHAN YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PEMBEDAHAN PADA PASIEN YANG BENAR.....	47
Kegiatan Praktikum 5:.....	56
MENGURANGI RISIKO INFEKSI AKIBAT PERAWATAN KESEHATAN	56
Kegiatan Praktikum 6:.....	76
MENURUNKAN RISIKO PASIEN CIDERA AKIBAT JATUH	76
Kegiatan Praktikum 7:.....	99
PENUTUP.....	103
DAFTAR PUSTAKA	104

1. Deskripsi Mata Kuliah

Fokus mata kuliah ini adalah pada pemenuhan kebutuhan keselamatan pasien serta kesehatan dan keselamatan perawat saat memberikan asuhan keperawatan klien. Aspek penting yang harus menjadi perhatian adalah keselamatan pasien dan mengatur lingkungan pelayanan keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan yang aman dari *hazard* dan risiko kesehatan di tempat kerja baik di dalam maupun di luar gedung. Konsep dasar kesehatan kerja diterapkan dalam setiap tahap proses keperawatan sejak pengkajian hingga evaluasi. Pembahasan ditekankan pada upaya mengenali *hazard* dan risiko serta berbagai upaya meminimalkannya pada setiap tahap proses keperawatan. Proses pembelajaran dilakukan melalui belajar berdasarkan pertanyaan/*question based learning* (QBL), *collaborative learning* (CL), belajar berdasarkan kasus atau masalah/ *case or problem based learning* (CBL or PBL), klarifikasi narasumber melalui ceramah interaktif, dan *role play*.

a. Capaian Pembelajaran:

Saat dihadapkan pada kasus terkait keselamatan pasien serta kesehatan dan keselamatan kerja keperawatan, mahasiswa mampu merencanakan upaya meningkatkan kesehatan dan keselamatan perawat dalam setiap tahap proses keperawatan sesuai standar kesehatan dan keselamatan kerja serta keselamatan pasien.

1. Membedakan berbagai risiko dan *hazard* K3 dalam setiap tahap pemberian asuhan keperawatan
2. Mengidentifikasi manajemen risiko K3 dalam keperawatan
3. Mengidentifikasi upaya pencegahan penyakit akibat kerja dalam keperawatan
4. Menentukan upaya pencegahan risiko dan *hazard* pada setiap tahap asuhan keperawatan meliputi tahap pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi

5. Menunjukkan praktik K3 individu selama proses pembelajaran seperti upaya memutus rantai infeksi, pencegahan bahaya fisik, radiasi, kimia, ergonomik, dan psikososial
6. Menganalisis konsep dan prinsip *patient safety* serta faktor-faktor yang mempengaruhinya

b. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah:

Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran keperawatan maternitas, bila diberi data/kasus mahasiswa mampu:

1. Menerapkan filosofi, konsep holistic dan proses keperawatan kritis
2. Melakukan simulasi asuhan keperawatan dengan kasus kritis terkait gangguan berbagai sistem pada individu dengan memperhatikan aspek legal dan etis
3. Melakukan simulasi pendidikan kesehatan dengan kasus kritis terkait gangguan berbagai sistem tubuh pada individu dengan memperhatikan aspek legal dan etis
4. Mengintegrasikan hasil-hasil penelitian ke dalam asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah yang berhubungan dengan kasus kritis terkait berbagai sistem tubuh
5. Melakukan simulasi pengelolaan asuhan keperawatan pada individu dengan kasus kritis terkait berbagai sistem dengan memperhatikan aspek legal dan etis
6. Melaksanakan fungsi advokasi pada kasus kritis terkait berbagai sistem tubuh
7. Mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada kasus kritis sesuai dengan standar yang berlaku dengan berpikir kreatif dan inovatif sehingga menghasilkan pelayanan yang efisien dan efektif.

2. Metode Pembelajaran

Praktik: Dilaksanakan di kelas, laboratorium (baik di kampus maupun di lahan praktek) dengan menggunakan metode simulasi, demonstrasi, role play dan bed side teaching.

3. Uraian Beban Studi

Perhitungan untuk P: 1 SKS

- a. Kegiatan belajar dengan tatp muka sebanyak 14 kali pertemuan/semester: 1
SKS x 170 menit: 2 jam 50 menit

Dosen Instruktur

- a) Irna Megawaty, S.Kep., Ns., M.Kep
- b) Sahriana, S.Kep., Ns., M.Kep
- c) Helmi Juwita, S.Kep., Ns., M.Kep
- d) Sri Marnianti Irnawan, S.Kep., Ns., M.Kep
- e) Risky Maharja, S.KM., MKKK

PENDAHULUAN

Mahasiswa sekalian yang berbahagia, selamat bertemu dengan mata kuliah Keselamatan Pasien dan K3 Dalam Keperawatan. Penanganan masalah keselamatan kerja di dalam Rumah Sakit harus dilakukan secara serius oleh seluruh komponen Rumah Sakit, Urusan K3 tidak hanya sekedar pemasangan spanduk, poster dan semboyan, lebih jauh dari itu K3 harus menjadi nafas setiap pekerja yang berada di tempat kerja. Kuncinya adalah kesadaran akan adanya risiko bahaya dan perilaku yang merupakan kebiasaan untuk bekerja secara sehat dan selamat.

Modul praktikum ini mengajak saudara untuk mempelajari tentang pemenuhan kebutuhan keselamatan pasien serta kesehatan dan keselamatan perawat saat memberikan asuhan keperawatan klien. Aspek penting yang harus menjadi perhatian adalah keselamatan pasien dan mengatur lingkungan pelayanan keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan yang aman dari *hazard* dan risiko kesehatan di tempat kerja baik di dalam maupun di luar gedung. Konsep dasar kesehatan kerja diterapkan dalam setiap tahap proses keperawatan sejak pengkajian hingga evaluasi. Pembahasan ditekankan pada upaya mengenali *hazard* dan risiko serta berbagai upaya meminimalkannya pada setiap tahap proses keperawatan.

Jika saudara bisa memahami setiap kegiatan belajar pada modul ini, berarti saudara mampu mengetahui mampu menjadi perawat profesional dalam pengembangan pelayanan keperawatan keselamatan pasien dan keselamatan kerja perawat yang darurat pada perencanaan upaya meningkatkan kesehatan dan keselamatan perawat dan pasien; serta risiko dan hazard K3 dalam setiap tahap proses keperawatan sesuai standar kesehatan dan keselamatan kerja serta keselamatan pasien

Untuk mempermudah mempelajari modul ini, beberapa langkah yang perlu saudara ikuti adalah:

1. Bacalah dengan seksama setiap kalimat. Jika ada kalimat yang menurut saudara tidak jelas atau membingungkan, catatlah kemudian tanyakan pada dosen atau

fasilitator. Jika ada istilah atau kata yang belum dimengerti, saudara bisa mencari dalam kamus kedokteran atau ditanyakan pada dosen/fasilitator.

2. Baca kembali konsep atau teori pada modul 1
3. Pelajari satu kegiatan belajar secara tuntas, sebelum mempelajari kegiatan belajar lainnya.
4. Pahami urutan langkah-langkah setiap prosedur
5. Jika ada kesulitan, saudara dapat berdiskusi dengan fasilitator atau pembimbing yang ditunjuk.

Pada akhirnya semoga modul ini dapat memberikan manfaat bagi saudara. Selamat belajar dan sukses selalu.

Kegiatan Praktikum 1:

IDENTIFIKASI PASIEN

Identifikasi pasien adalah suatu proses pemberian tanda atau pembeda yang mencakup nomor rekam medis dan identitas pasien dengan tujuan agar dapat membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya guna ketepatan pemberian pelayanan, pengobatan dan tindakan atau prosedur kepada pasien. Sebelum mempelajari topik ini pastikan bahwa Anda sudah memahami konsep teori tentang identifikasi pasien yang sudah Anda pelajari pada Modul Teori.

Setelah mempelajari topik 1, diharapkan Anda mampu melakukan tindakan identifikasi pasien dengan benar,

Untuk mencapai tujuan tersebut, mahasiswa harus mampu mendemonstrasikan prosedur:

1. Memasang gelang identitas pasien
2. Mengidentifikasi pasien (pasien baru, neonatus, pelayanan transfusi)
3. Mengidentifikasi pasien pada the event of wrong patient, wrong procedure or wrong site clinical incident.

URAIAN MATERI

Sebelum Anda mempelajari prosedur identifikasi pasien, Anda harus memahami hal berikut ini

A. 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. Identifikasi pasien adalah suatu proses pemberian tanda atau pembeda yang mencakup nomor rekam medis dan identitas pasien dengan tujuan agar dapat membedakan antara pasien

satu dengan pasien yang lainnya guna ketepatan pemberian pelayanan, pengobatan dan tindakan atau prosedur kepada pasien.

B. Tujuan identifikasi pasien

1. Mengidentifikasi dengan benar pasien tertentu yang akan diberi layanan atau pengobatan tertentu.
2. Mencocokkan layanan atau perawatan dengan individu tersebut.

C. Petugas kesehatan bisa keliru mengidentifikasi pasien, yaitu pada saat:

1. Pasien masih dalam kondisi tidak sadar atau kesadaran menurun karena anestesi/ pembiusan setelah tindakan operasi
2. Pasien pindah tempat tidur tanpa koordinasi
3. Pasien pindah kamar tanpa koordinasi
4. Pindah lokasi/ ruangan/ instalasi di dalam rumah sakit
5. Pasien cacat indera (pendengaran/ penglihatan)

D. Kebijakan/ prosedur untuk mengidentifikasi pasien

1. Semua fasilitas pelayanan kesehatan harus menerapkan kebijakan bahwa setiap pasien yang dirawat inap diidentifikasi dengan:
 - a. Nama lengkap pasien
 - b. Tanggal lahir
 - c. Nomor rekam medis
 - d. Gelang identitas pasien dengan barcode, dll
2. Untuk meningkatkan keselamatan pasien dilarang identifikasi pasien dengan menggunakan nomor kamar pasien atau lokasi.
3. Pada saat memasang gelang identifikasi pasien:
 - a. Jelaskan kepada pasien dan/atau keluarga, tentang tujuan pemakaian gelang, dan mengapa mereka harus menggunakan - Hal ini memberikan kesempatan bagi mereka untuk mengidentifikasi kesalahan dan mendorong pasien dan keluarga mereka untuk berpartisipasi dalam upaya mencegah kesalahan.
 - b. Jelaskan bahaya untuk pasien yang menolak, melepas, menutup gelang dengan tape perban, dan lain-lain.

E. Prosedur/ tindakan yang memerlukan identifikasi pasien

1. Pemberian obat/ pengobatan

Prosedur pemberian obat baik obat oral, obat injeksi (intravena, intramuskuler, intracutan) atau obat topical mempunyai risiko yang sama. Untuk itu sebelum pemberian obat apapun diperlukan tindakan identifikasi pasien, sehingga pasien terhindar dari kejadian tidak diharapkan akibat kesalahan terapi/ pemberian obat.

2. Pemberian darah/ produk darah

Sebelum pemberian darah/ produk darah/ tranfusi darah, perawat/ petugas kesehatan lain wajib melakukan identifikasi pasien dengan tepat

3. Pengambilan darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis

Sebelum pengambilan darah dan specimen lain (urine, feses, sputum, dan lain-lain) juga harus dilakukan identifikasi pasien, karena bila tidak dilakukan akan mempengaruhi intervensi/ terapi yang akan diberikan, dan bila tidak tepat akan merugikan pasien.

4. Sebelum memberikan tindakan (pemeriksaan radiologi: rontgen, MRI, dan sebagainya, pembedahan, dan prosedur invasif lainnya).

Tindakan keperawatan mandiri ataupun kolaborasi, juga tindakan medis merupakan tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai kondisi pasien. Dengan demikian untuk meningkatkan keamanan dan keselamatan pasien, perawat wajib melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan tindakan kepada pasien sehingga pasien mendapatkan terapi yang tepat dan tidak membahayakan.

5. Transfer pasien

Transfer pasien atau proses pemindahan pasien dari satu unit kerja / ruang rawat ke unit kerja lain merupakan tindakan yang memerlukan tindakan identifikasi pasien dengan tepat

6. Konfirmasi kematian

F. Cara melakukan identifikasi pasien dengan benar

Cara Identifikasi Pasien Rawat Inap/UGD:

1. Tanya langsung kepada pasien (pertanyaan terbuka) : nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis.
2. Untuk pasien yang tidak sadar petugas bertanya langsung kepada keluarga/ penunggu pasien (nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis).
3. Cocokkan nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis pada gelang pasien dengan data di formulir terkait (misal: form pemeriksaan, SIT).

G. Tata laksana identifikasi pasien risiko

1. Tatalaksana Gelang Identifikasi Pasien
 - a. 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.
 - b. Pakaikan gelang identifikasi di pergelangan tangan pasien yang dominan, jelaskan dan pastikan gelang terpasang dengan baik dan nyaman untuk pasien.
 - c. Pada pasien dengan fistula arterio-vena (pasien hemodialisis), gelang identifikasi tidak boleh dipasang di sisi lengan yang terdapat fistula.
 - d. 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.
 - e. 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.
 - f. Gelang pengenalan 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.

- g. Gelang pengenalan 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
- h. 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
- i. 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
- j. Nama tidak boleh disingkat. Nama harus sesuai dengan yang tertulis di rekam medis.
- k. Jangan pernah mencoret dan menulis ulang di gelang identifikasi. Ganti gelang identifikasi jika terdapat kesalahan penulisan data.
- l. Jika gelang identifikasi terlepas, segera berikan gelang identifikasi yang baru.
- m. Gelang Identifikasi harus dipakai oleh semua pasien selama perawatan di rumah sakit.
- n. Periksa ulang 3/ 4 detail data di gelang identifikasi sebelum dipakaikan ke pasien.
- o. Saat menanyakan identitas pasien, selalu gunakan pertanyaan terbuka, misalnya: 'Siapa nama Anda?' (jangan menggunakan pertanyaan tertutup seperti 'Apakah nama anda Ibu Susi?')

- p. Jika pasien tidak mampu memberitahukan namanya (misalnya pada pasien tidak sadar, bayi, disfasia, gangguan jiwa), verifikasi identitas pasien kepada keluarga/ pengantarnya. Jika mungkin, gelang pengenalan 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.
 - q. Semua pasien rawat inap dan yang akan menjalani prosedur menggunakan minimal 1 gelang identifikasi.
 - r. Pengecekan gelang identifikasi dilakukan tiap kali pergantian jaga perawat.
 - s. Sebelum pasien ditransfer ke unit lain, lakukan identifikasi dengan benar dan pastikan gelang identifikasi terpasang dengan baik.
 - t. Unit yang menerima transfer pasien harus menanyakan ulang identitas pasien dan membandingkan data yang diperoleh dengan yang tercantum di gelang identifikasi.
 - u. Pada kasus pasien yang tidak menggunakan gelang identifikasi:
 - 1) Hal ini dapat dikarenakan berbagai macam sebab, seperti:
 - a) Menolak penggunaan gelang identifikasi
 - b) Gelang Identifikasi menyebabkan iritasi kulit
 - c) Gelang identifikasi terlalu besar
 - d) 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.
2. Tatalaksana Identifikasi Pasien Pada Pemberian Obat-Obatan
- a. 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 pengenalan dengan rekam medis. Jika data yang diperoleh sama, lakukan prosedur/ berikan obat
Jika terdapat ≥ 2 pasien di ruangan rawat inap dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya
- b. Jika data pasien tidak lengkap, informasi lebih lanjut harus diperoleh sebelum pemberian obat dilakukan
3. Tatalaksana Identifikasi Pasien yang Menjalani Tindakan Operasi
 - a. Petugas di kamar operasi harus mengkonfirmasi identitas pasien
 - b. Jika diperlukan untuk melepas gelang identifikasi selama dilakukan operasi, tugaskanlah seorang perawat di kamar operasi untuk bertanggungjawab melepas dan memasang kembali gelang identifikasi pasien.
 - c. Gelang identifikasi yang dilepas harus ditempelkan di depan rekam medis pasien
4. Tatalaksana Identifikasi Pasien yang akan Dilakukan Pengambilan dan Pemberian Darah (Transfusi Darah)
 - a. Identifikasi, pengambilan, pengiriman, penerimaan, dan penyerahan komponen darah (transfusi) merupakan tanggungjawab petugas yang mengambil darah.
 - b. 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 pengenalan.
 - c. Staf RS harus meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya
- 4) Jika staf RS tidak yakin/ ragu akan kebenaran identitas pasien, jangan lakukan transfusi darah sampai diperoleh kepastian identitas pasien dengan benar.
5. Tatalaksana Identifikasi pada Bayi Baru Lahir atau Neonatus

- a. Untuk bayi baru lahir yang masih belum diberi nama, data di gelang pengenalan berisikan jenis kelamin bayi, nama ibu, tanggal dan jam lahir bayi, nomor rekam medis bayi, dan modus kelahiran.
 - b. Saat nama bayi sudah didaftarkan, gelang pengenalan berisi data ibu dapat dilepas dan diganti dengan gelang pengenalan yang berisikan data bayi.
 - c. Gunakan gelang pengenalan berwarna merah muda (pink) untuk bayi perempuan dan biru untuk bayi laki-laki.
 - d. Pada kondisi di mana jenis kelamin bayi sulit ditentukan, gunakan gelang pengenalan berwarna putih.
6. Melepas Gelang Identifikasi
- a. Gelang pengenalan (Gelang Pink/ Gelang Biru), hanya dilepas saat pasien pulang atau keluar dari rumah sakit.
 - b. Gelang untuk alergi (Gelang Merah), hanya dilepas saat pasien pulang atau keluar dari rumah sakit.
 - c. Gelang untuk risiko jatuh (Gelang Kuning), hanya dilepas saat pasien sudah tidak berisiko untuk jatuh
 - d. Yang bertugas melepas gelang identifikasi adalah perawat yang bertanggungjawab terhadap pasien selama masa perawatan di rumah sakit (PPJP).
 - e. 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.
 - f. Gelang identifikasi yang sudah tidak dipakai harus digunting menjadi potongan-potongan kecil sebelum dibuang ke tempat sampah.
 - g. 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.

PROSEDUR KERJA KETERAMPILAN MELAKUKAN IDENTIFIKASI PASIEN

A. Memasang Gelang Identitas Pasien

Keterampilann memasang gelang identitas pasien baru, merupakan prosedur yang sederhana, namun tetap Anda harus berlatih untuk dapat melakukannya dengan sempurna. Berikut adalah langkah-langkah/ Prosedur melakukan memasang gelang identitas pasien:

PROSEDUR MEMASANG GELANG IDENTIFIKASI PASIEN

1. Tahap Prainteraksi
 - a. Persiapan perawat
 - b. Persiapan alat : status pasien, alat tulis, gelang identitas pasien
 - c. Persiapan Lingkungan
2. Tahap Orientasi
 - a. Beri salam sambil berjabat tangan
 - b. Perkenalkan diri perawat
 - c. Tanyakan nama klien
 - d. Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
 - e. Kontrak: waktu dan tempat
3. Tahap Kerja
 - a. Bina hubungan saling percaya
 - b. Lakukan pemasangan gelang identitas sesuai jenis kelamin
 - c. Berikan penjelasan tentang pentingnya gelang identitas pasien dan bahayanya bila dilepas/ tidak dipakai
 - d. Evaluasi pemahaman pasien/ keluarga tentang gelang identitas
4. Tahap Terminasi
 - a. Evaluasi respon subjektif dan objektif klien
 - b. Berikan reinforcement positif
 - c. Tentukan rencana tindak lanjut
 - d. Beri salam terapeutik
5. Dokumentasi

Catat tindakan yang sudah dilakukan dan hasil/ responnya: pemasangan gelang identitas dan edukasi

B. Mengidentifikasi pasien pada pasien yang sudah terpasang gelang identitas

Berikut adalah langkah-langkah/ Prosedur melakukan memasang gelang identifikasi pasien:

PROSEDUR MENGIDENTIFIKASI PASIEN

1. Tahap Prainteraksi
 - a. Persiapan perawat
 - b. Persiapan alat : Status Pasien, Alat tulis, Peralatan untuk tindakan keperawatan (sesuai indikasi tindakan identifikasi pasien)
 - c. Persiapan Lingkungan
2. Tahap Orientasi
 - a. Beri salam sambil berjabat tangan
 - b. Perkenalkan diri perawat
 - c. Tanyakan nama klien
 - d. Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan
 - e. Kontrak: waktu dan tempat
3. Tahap Kerja
 - a. Bina hubungan saling percaya
 - b. Tanya langsung kepada pasien (pertanyaan terbuka) : nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis.
Untuk pasien yang tidak sadar, Anda bertanya langsung kepada keluarga/ penunggu pasien (nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis).
4. Cocokkan/ periksa dan bandingkan data nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis pada gelang pasien dengan data di formulir terkait (misal: form pemeriksaan).
 - a. Jika data yang diperoleh sama, lakukan prosedur/ berikan obat/ tindakan sesuai rencana
 - b. Jika terdapat ≥ 2 pasien di ruangan rawat inap dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya
5. Tahap Terminasi
 - a. Evaluasi respon subjektif dan objektif klien
 - b. Berikan reinforcement positif kepada pasien/ keluarga
 - c. Tentukan rencana tindak lanjut
 - d. Beri salam terapeutik
6. Dokumentasi
Catat tindakan yang sudah dilakukan dan hasil/ responnya: pemasangan gelang identitas dan edukasi

**Formulir
Penilaian Keterampilan
Prosedur Pemasangan Gelang Identitas Pasien**

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
Assessment (A)				
1	Kaji identitas dan status/ dokumen rekam medik pasien			
Planningt (P) 2				
2	Persiapan perawat			
3	Persiapan alat : <ul style="list-style-type: none"> • Status Pasien • Alat tulis • Gelang identitas(warna merah muda/ biru muda) 			
4	Persiapan Lingkungan			
5	Beri salam sambil berjabat tangan			
6	Perkenalkan diri perawat			
7	Tanyakan nama klien			
8	Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan Kontrak: waktu dan tempat			
Implementation (I)				
9	Bina hubungan saling percaya			
10	Jelaskan kepada pasien dan/atau keluarga, tentang tujuan pemakaian gelang, dan mengapa mereka harus menggunakan.			
11	Pasang gelang identifikasi pasien			
12	Jelaskan kepada pasien& keluarga, tentang bahaya bila pasien menolak, melepas, menutup gelang dengan tape perban, dll.			
13	Evaluasi pengetahuan pasien dan/ atau keluarga tentang pentingnya gelang identitas pasien			
Evaluation (E)				
14	Evaluasi respon subjektif dan objektif klien			
15	Berikan reinforcement positif			
16	Tentukan rencana tindak lanjut			
17	Beri salam terapeutik			
Dokumentasi				
18	Catat hasil tindakan memasang gelang identitas			
Sikap				
19	Dilakukan dengan sistematis			
20	Percaya diri			

Jumlah Nilai

Keterangan:

- 0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna
- Nilai 100 = sempurna; Nilai 81-99= Baik; Kurang

Penilai/Observer
.....

Prosedur Pemasangan Gelang Identitas Pasien Neonatus

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
Assessment (A)				
1	Kaji identitas dan status/ dokumen rekam medik pasien			
Planning (P) 2				
2	Persiapan perawat			
3	Persiapan alat : <ul style="list-style-type: none"> • Status Pasien • Alat tulis • Gelang identitas(warna merah muda/ biru muda) 			
4	Persiapan Lingkungan			
5	Beri salam sambil berjabat tangan			
6	Perkenalkan diri perawat			
7	Tanyakan nama klien			
8	Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan Kontrak: waktu dan tempat			
Implementation (I)				
9	Bina hubungan saling percaya			
10	Pasang gelang identitas bayi. <ol style="list-style-type: none"> a. Untuk bayi baru lahir yang masih belum diberi nama, data di gelang pengenalan berisikan jenis kelamin bayi, nama ibu, tanggal & jam lahir bayi, nomor rekam medis bayi, dan modus kelahiran. b. Saat nama bayi sudah didaftarkan, gelang pengenalan berisi data ibu dapat dilepas & diganti dengan gelang pengenalan yang berisikan data bayi. 			
11	Gunakan gelang pengenalan berwarna merah muda (pink) untuk bayi perempuan dan biru untuk bayi laki-laki. Pada kondisi di mana jenis kelamin bayi sulit ditentukan, gunakan gelang pengenalan berwarna putih.			
12	Jelaskan kepada ibu & keluarga, tentang bahaya bila pasien menolak, melepas, menutup gelang dengan tape perban, dll.			
13	Evaluasi pengetahuan ibu/keluarga tentang pentingnya gelang identitas pasien			
Evaluation (E)				
14	Evaluasi respon subjektif dan objektif klien			
15	Berikan reinforcement positif			
16	Tentukan rencana tindak lanjut			
17	Beri salam terapeutik			
Dokumentasi				
18	Catat hasil tindakan memasang gelang identitas			
Sikap				
19	Dilakukan dengan sistematis			
20	Percaya diri			

Jumlah Nilai

Keterangan:

- 0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna
- Nilai 100 = sempurna; Nilai 81-99= Baik; Kurang

Penilaian Keterampilan: Prosedur Pemasangan Gelang Identitas Pasien

No	Aspek yang dinilai	Nilai				
		0	1	2		
Assessment (A)						
1	Kaji identitas dan status/ dokumen rekam medik pasien					
Planningt (P) 2						
2	Persiapan perawat					
3	Persiapan alat : <ul style="list-style-type: none"> • Status Pasien • Alat tulis • Gelang identitas(warna merah muda/ biru muda) 					
4	Persiapan Lingkungan					
5	Beri salam sambil berjabat tangan					
6	Perkenalkan diri perawat					
7	Tanyakan nama klien					
8	Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan Kontrak: waktu dan tempat					
Implementation (I)						
9	Bina hubungan saling percaya					
10	Tanya langsung kepada pasien (pertanyaan terbuka) : nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis. Untuk pasien yang tidak sadar à bertanya langsung kepada keluarga/ penunggu pasien (nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis).					
11	Cocokan/ periksa dan bandingkan data nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis pada gelang pasien dengan data di formulir terkait (misal: form pemeriksaan). <ol style="list-style-type: none"> a. Jika data yang diperoleh sama, lakukan prosedur/ berikan obat/ tindakan sesuai rencana b. Jika terdapat ≥ 2 pasien di ruangan rawat inap dangan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya. 					
Evaluation (E)						
14	Evaluasi respon subjektif dan objektif klien					
15	Berikan reinforcement positif					
16	Tentukan rencana tindak lanjut					
17	Beri salam terapeutik					
Dokumentasi						
18	Catat hasil tindakan yang sudah dilakukan dan respon/ hasilnya					
Sikap						
19	Dilakukan dengan sistematis					
20	Percaya diri					

Penilaian keterampilan: prosedur mengidentifikasi pasien pada pelayanan tranfusi

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
Assessment (A)				
1	Kaji identitas dan status/ dokumen rekam medik pasien			
Planningt (P)				
2	Persiapan perawat			
3	<ul style="list-style-type: none"> Persiapan alat : Status Pasien; Alat tulis; Peralatan untuk tindakan tranfusi 			
4	Persiapan Lingkungan			
5	Bina hubungan saling percaya: Beri salam sambil berjabat tangan; Perkenalkan diri perawat			
6	Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan, tanyakan kesiapan pasien			
7	Kontrak: waktu dan tempat			
Implementation (I)				
8	Anda dan teman sejawat Anda (staf RS yang kompeten) 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.			
9	Identifikasi pasien. Anda meminta pasien untuk menyebutkan nama lengkap dan tanggal lahirnya. Jika staf RS tidak yakin/ ragu akan kebenaran identitas pasien, jangan lakukan transfusi darah sampai diperoleh kepastian identitas pasien dengan benar			
10	Lakukan prosedur tindakan tranfusi darah			
11	Observasi dan Pastikan ketepatan tetesan dan kelancaran aliran darah			
12	Observasi reaksi dan tanda-tanda komplikasi tranfusi			
Evaluation (E)				
14	Evaluasi respon subjektif dan objektif klien			
15	Berikan reinforcement positif			
16	Tentukan rencana tindak lanjut			
17	Beri salam terapeutik			
Dokumentasi				
18	Catat hasil tindakan yang sudah dilakukan dan respon/ hasilnya			
Sikap				
19	Dilakukan dengan sistematis			
20	Percaya diri			

Jumlah Nilai

Keterangan:

- 0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna
- Nilai 100 = sempurna; Nilai 81-99= Baik; Kurang

Penilai/Observer
.....

A. Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

Sebelum melaksanakan kegiatan dalam topic 2 ini, pastikan bahwa Anda sudah memahami konsep teori tentang komunikasi efektif. Setelah menyelesaikan topik ini diharapkan Anda dapat melakukan komunikasi efektif untuk keselamatan pasien, meliputi:

Ringkasan

1. Identifikasi pasien adalah suatu proses pemberian tanda atau pembeda yang mencakup nomor rekam medis dan identitas pasien dengan tujuan agar dapat membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya guna ketepatan pemberian pelayanan, pengobatan dan tindakan atau prosedur kepada pasien. Tindakan mengidentifikasi pasien adalah proses pengumpulan data dan pencatatan segala keterangan tentang bukti-bukti dari seseorang sehingga kita dapat menetapkan dan menyamakan keterangan tersebut dengan individu seseorang.
2. Tanda yang digunakan untuk mengidentifikasi pasien, meliputi:
 - a. Untuk membedakan jenis kelamin pasien, digunakan perbedaan warna pada gelang identitas pasien, gelang pink untuk perempuan, dan gelang biru muda untuk laki-laki.
 - b. Untuk pasien yang sudah menggunakan gelang identitas pasien, tanya langsung kepada pasien (pertanyaan terbuka): nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis. Untuk pasien yang tidak sadar, petugas harus bertanya langsung kepada keluarga/ penunggu pasien (nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis). Lalu cocokan/ periksa dan bandingkan data nama lengkap pasien dan tanggal lahir atau nomor rekam medis pada gelang pasien dengan data di formulir terkait (misal: form pemeriksaan). Jika data yang diperoleh sama, lakukan prosedur/ berikan obat/ tindakan sesuai rencana.
 - c. Jika terdapat ≥ 2 pasien di ruangan rawat inap dengan nama yang sama, periksa ulang identitas dengan melihat alamat rumahnya.
 - d. Untuk bayi baru lahir yang masih belum diberi nama, data di gelang pengenalan berisikan jenis kelamin bayi, nama ibu, tanggal & jam lahir bayi, nomor rekam

- medis bayi, dan modus kelahiran. Dan Saat nama bayi sudah didaftarkan, gelang pengenalan berisi data ibu dapat dilepas dan diganti dengan gelang pengenalan yang berisikan data bayi.
- e. Untuk pasien dengan alergi digunakan gelang merah f. Untuk pasien yang berisiko jatuh digunakan gelang/ klip warna kuning
3. Tata laksana pelepasan gelang identitas pasien, meliputi:
- a. Gelang pengenalan (Gelang Pink/ Gelang Biru), hanya dilepas saat pasien pulang atau keluar dari rumah sakit.
 - b. Gelang untuk alergi (Gelang Merah), hanya dilepas saat pasien pulang atau keluar dari rumah sakit.
 - c. Gelang untuk risiko jatuh (Gelang Kuning), hanya dilepas saat pasien sudah tidak berisiko untuk jatuh
 - d. Yang bertugas melepas gelang identifikasi adalah perawat yang bertanggungjawab terhadap pasien selama masa perawatan di rumah sakit (PPJP).
 - e. Gelang identifikasi dilepas setelah semua proses pemulangan pasien selesai dilakukan. Proses ini meliputi: pemberian obat-obatan kepada pasien dan pemberian penjelasan mengenai rencana perawatan selanjutnya kepada pasien dan keluarga.
 - f. Gelang identifikasi yang sudah tidak dipakai harus digunting menjadi potongan-potongan kecil sebelum dibuang ke tempat sampah.
 - g. 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.

Tugas Praktik

Lakukanlah prosedur tindakan mengidentifikasi pasien berikut ini

1. Identifikasi pasien yang menggunakan gelang identifikasi pasien
2. Identifikasi pasien pada pelayanan transfusi

Petunjuk/ Jawaban Tugas Praktik

1. Mengidentifikasi pasien yang telah menggunakan gelas identitas.
Lakukan prosedur dan mintalah instruktur/ teman Anda untuk mengobaservasi & menilai tindakan yang Anda lakukan, menggunakan formulir 1.3. Berikut ini

Kegiatan Praktikum 2: MENINGKATKAN KOMUNIKASI YANG EFEKTIF

Sebelum melaksanakan kegiatan dalam topic 2 ini, pastikan bahwa Anda sudah memahami konsep teori tentang komunikasi efektif. Setelah menyelesaikan topik ini diharapkan Anda dapat melakukan komunikasi efektif untuk keselamatan pasien, meliputi:

1. Mendemonstrasikan prosedur/ langkah-langkah memberikan laporan kondisi pasien
2. Mendemonstrasikan prosedur menerima laporan hasil tes kritis/ pemeriksaan cito atau menerima instruksi verbal pertelepom.

URAIAN MATERI

1. Komunikasi dengan pendekatan S B A R

Komunikasi efektif dapat terjadi dengan menggunakan suatu format baku agar komunikasi terstandar dan berlangsung secara efektif dan efisien. Salah satu format baku yang di pergunakan oleh JAHCO adalah format SBAR. SBAR merupakan kerangka komunikasi yang mempermudah mengatasi hambatan dalam komunikasi. SBAR merupakan bentuk struktur mendasari komunikasi antara pemberi informasi dengan penerima informasi. SBAR mudah diingat yang praktis untuk komunikasi atau percakapan. SBAR tersusun sebagai berikut: S = Situation; B = Background; A = Assessment; R = Recommendation.

Komunikasi verbal atau komunikasi tulis yang kurang adekuat merupakan sumber kesalahan yang serius pada pusat pelayanan kesehatan. Analisis akar masalah ditemukan sebagai sumber kesalahan yang terjadi secara umum di sebabkan dari kedua macam komunikasi ini. Terdapat beberapa hambatan dalam komunikasi antar petugas pemberi pelayanan karena factor hirarki, gender, suku, perbedaan gaya komunikasi antar disiplin ilmu dan gaya komunikasi individual.

2. Tujuan dan keuntungan menggunakan SBAR

Tujuan dan keuntungan menggunakan SBAR (Byred et al, 2009) ,yaitu :

- a. Meningkatkan keamanan keselamatan pasien (patient safety).

- b. Memberikan standar untuk penyebaran atau berbagi informasi.
- c. Meningkatkan kekuatan atau penjelasan dari para pemberi pelayanan kesehatan dalam mengajukan permintaan perubahan perawatan pasien atau untuk menyelesaikan informasi dalam keadaan kritis dengan benar dan akurat.
- d. Meningkatkan efektivitas kerja tim.
- e. Dapat dipergunakan pada daerah spesifik

3. Isi laporan SBAR

a. S (Situation):

- 1) Melaporkan situasi pasien, meliputi: nama pasien, umur, lokasi, masalah yang ingin disampaikan, tanda-tanda vital pasien, kekhawatiran petugas terhadap kondisi pasien yang belum maupun sudah teratasi.
- 2) Mengawali suatu komunikasi di perlukan pengenalan antara penyampai berita dan penerima berita. Dalam hal ini identitas Anda (petugas) dan unit pelayanan kesehatan diinformasikan. Selain itu juga perlu disampaikan kepada siapa (penerima) informasi yang petugas ajak berkomunikasi
- 3) Dalam situasi ini perlu petugas menjelaskan permasalahan yang dihadapinya, misalnya: pasien serta kekhawatiran bila tidak di lakukan tindakan. Dalam hal menginformasikan pasien disebutkan identitas pasien.

b. B (Background):

Menyampaikan latar belakang atau masalah pasien sebelumnya (Background)

- 1) Keluhan utama, intervensi yang telah dilakukan, respon pasien □ diagnose keperawatan, riwayat alergi, riwayat pembedahan, pemasangan alat infasif dan obat atau infuse
- 2) Berilah informasi riwayat medis pasien, atau informasi yang berkaitan dengan permasalahan yang ditemukan. untuk pasien perlu dijelaskan riwayat medisnya, perlu dijelaskan atau digaris bawah riwayat medis yang bermakna. Bila permasalahan di bidang lain misalnya sampel darah atau permasalahan obat maka poin penting dari permasalahan tersebut ditonjolkan

c. A (Assessment):

Menyampaikan penilaian terhadap kondisi pasien dengan menyampaikan masalah saat ini

Hasil Pengkajian kondisi pasien terkini (Assesment)

- 1) Sebutkan tanda vital, pain score, GCS, status restrain, Resiko jatuh, Status nutrisi, eliminasi hal yang kritis dan lain lain.
- 2) Hasil pemeriksaan penunjang yang abnormal
- 3) Informasi lain yang mendukung
- 4) Penilaian terhadap masalah yang di temukan terkait dengan apa yang menjadi masalah pada pasien. Berilah kesan pasien secara klinis serta hal yang terkait dengan hal tersebut. Jelaskan pula tindakan apa yang sudah di berikan kepada pasien untuk mengatasi permasalahan tersebut sambil menunggu rekomendasi yang diterima petugas

d. R (Recommendation):

- 1) Menyampaikan rekomendasi berupa saran, pemeriksaan tambahan, atau perubahan tatalaksana jika diperlukan.
 - a) Usulan pemeriksaan atau tindakan atas kondisi pasien saat ini.
 - b) Tindakan apa yang direkomendasikan untuk memperbaiki masalah
 - c) Apa yang dibutuhkan untuk memperbaiki kondisi pasien
 - d) Kapan waktu yang di harapkan tindakan ini terjadi
- 2) Jelaskan kepada petugas rekomendasi yang diberikan untuk mengatasi permasalahan tersebut. Saran disampaikan dengan jelas, bagaimana cara melaksanakan saran serta tentukan waktu pelaksanaannya serta tindak lanjutnya. Terakhir, rekomendasi yang diberikan, apakah sudah sesuai dengan harapan pada akhir pembicaraan dengan klinisi atau petugas tersebut.

4. Komunikasi TBAK (menerima laporan dengan TBAK)

Komunikasi dengan pendekatan TBAK (Tulis-baca-konfirmasi) dilakukan saat petugas menerima instruksi verbal pertelepon/ lisan dari Dokter penanggung jawab pasien (DPJP). Komunikasi ini juga harus dilakukan pada saat petugas menerima

laporan hasil tes kritis/ critical test/ pemeriksaan cito, yaitu hasil pemeriksaan diagnostik/ penunjang yang memerlukan penanganan segera. Prosedur komunikasi TBAK, adalah sebagai berikut:

PROSEDUR KOMUNIKASI TBAK

TULIS:

Penerima pesan menuliskan pesan lengkap yang disampaikan pengirim di Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT), meliputi:

1. Tanggal & jam pesan diterima
2. Nama lengkap pasien, tanggal lahir, diagnosa
3. Gunakan simbol/ singkatan sesuai standar
4. Dosis/ nilai harus spesifik untuk menghindari salah penafsiran
5. Nama petugas pelapor/ memberi pesan
6. Nama dan ttd petugas penerima pesan
7. Bila pesan melalui telepon, pengirim pesan/ dokter menandatangani pada saat visit hari berikutnya.

BACA:

Baca yaitu membacakan kembali instruksi/ isi pesan lengkap tersebut kepada pemberi pesan

KONFIRMASI:

1. Pemberi pesan mengkonfirmasi isi pesan dengan jawaban “Ya benar”
2. Pemberi pesan/ instruksi menanda tangani dan menulis tanggal dan jam penandatanganan dalam kotak stempel KONFIRMASI dalam catatan perkembangan terintegrasi, dalam waktu 1 x 24 jam

5. Kapan komunikasi SBAR digunakan/ dilakukan?

SBAR dipergunakan sebagai landasan menyusun komunikasi verbal, tertulis lewat menyusun surat dari berbagai keadaan perawatan pasien, antara lain :

- a. Saat serah terima Pasien (antar shift keperawatan, perpindahan pasien antar unit kerja)
- b. Saat Petugas melaporkan kondisi pasien kepada Dokter penanggung jawab Pasien (DPJP). Isi laporan yang disampaikan, meliputi:
 - 1) Kondisi pasien yang kritis - pemeriksaan penunjang dengan hasil nilai kritis
 - 2) Kondisi pasien yang mendapat pengobatan dan memerlukan pengawasan khusus
 - 3) Kondisi pasien yang memerlukan monitoring ketat

- c. Pasien rawat jalan dan pasien rawat inap.
- d. Komunikasi pada kasus urgent dan non urgent.
- e. Komunikasi dengan pasien, perorangan atau lewat telepon
- f. Keadaan khusus antara dokter dan perawat.
- g. Membantu konsultasi antara dokter dengan dokter.
- h. Mendiskusikan dengan konsultan professional lain misal terapi respirasi, fisioterapi.
- i. Komunikai dengan mitra bestari.
- j. Komunikasi pada saat perubahan shift jaga.
- k. Meningkatkan perhatian
- l. Serah terima dari petugas ambulans kepada staf rumah sakit.

Contoh:

Serah Terima Pasien Dengan Komunikasi SBAR

Situasi: Pasien Tn Gun, 45 thn, dirawat di kamar 605, saat ini mengalami gangguan pernafasan dengan RR 35 x/mt.

Background: Pasien masuk rumah sakit 2 hari yang lalu dengan riwayat, Pneumothorax, O2 saturasi turun, 95% dalam 2 menit menjadi 85% dgn non rebreathing, pada auskultasi: suara pernafasan menurun di sebelah kanan. Tracheal shift, peningkatan distress, pasien saat ini diposisikan tidur semi fowler

Assessment: Pasien tampaknya mengalami gagal nafas/ gangguan pertukaran gas

Recommendation: Dokter telah dihubungi melalui telepon belum terhubung, mohon dihubungi kembali untuk kemungkinan alih rawat ICU untuk pemasangan ventilator.

Latihan Praktik

Anda seorang Perawat dinas pagi, akan melakukan serah terima pasien kepada perawat dinas sore.

KASUS 1:

Seorang pasien laki-laki bernama Tn. Anto tanggal lahir 22 April 1970. Saat ini dirawat di lantai 7, kamar 711. Pasien mengalami gangguan pernapasan, TD 130/ 90 mmHg, Nadi 88 x/ menit, RR 25 x/ menit. Pasien masuk rumah sakit 2 hari yang lalu dengan riwayat Pneumothorax, O2 saturasi turun dari 95% dalam 2 menit menjadi 85% dgn non rebreathing, pada auskultasi: suara pernafasan menurun disebelah kanan, Tracheal shift, distress pernafasan, pasien saat ini diposisikan tidur semi fowler. Anda menilai bahwa Pasien tampaknya tidak stabil dan cenderung memburuk, mengalami gagal nafas/ gangguan pertukaran gas. Anda meminta dokter untuk segera datang, dan menanyakan apakah diperlukan pindah rawat ke ruang intensif dan tindakan intubasi. Instruksi:

1. Kelompokkanlah data pada Kasus-1 (Tn. Anto) menjadi struktur SBAR
2. Mintalah teman Anda/ instruktur untuk mengobservasi praktik melaporkan kondisi pasien yang Anda lakukan (lakukan sampai dengan tindakan Anda sempurna/ mendapat Nilai 100)

Petunjuk Jawaban Latihan Praktik

1. Struktur Komunikasi SBAR pada kasus Tn. Anto, adalah sebagai berikut:

Situasi: Tn Anto Suanto, Tanggal lahir 22 April 1970, rawat di lantai 7, kamar 711, mengalami gangguan pernafasan, TD 130/90, N 88, RR 25 x/mt

Background: Pasien masuk rumah sakit 2 hari yang lalu dengan riwayat Pneumothorax, O2 saturasi turun dari 95% dalam 2 menit menjadi 85% dgn non rebreathing, pada auskultasi: suara pernafasan menurun disebelah kanan, Tracheal shift, distress pernafasan, pasien saat ini diposisikan tidur semi fowler

Assessment: Pasien tampaknya tidak stabil dan cenderung memburuk, mengalami gagal nafas/ gangguan pertukaran gas

Recommendation: Mohon segera datang, apakah diperlukan pindah rawat ke ruang intensif dan tindakan intubasi. (Stempel)

Gunakan formulir 2.1 Penilaian Keterampilan Melaporkan Kondisi Pasien (dengan komunikasi SBAR) dan formulir 2.2 Penilaian Keterampilan Melaporkan Kondisi Pasien Pada Saat Handover berikut.

Penilaian keterampilan: prosedur melaporkan kondisi pasien kepada dokter

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
Assessment (A)				
1	Kaji kelengkapan data pasien yang akan dilaporkan			
Planningt (P)				
2	Persiapan perawat			
3	Persiapan alat : Saluran telepon; Status Pasien; Alat tulis			
4	Persiapan Lingkungan			
5	Bina hubungan saling percaya: Beri salam; Perkenalkan diri perawat; Tanyakan nama dokter/ petugas yang menerima laporan; Sampaikan tujuan menelepon; Kontrak: waktu dan tempat			
Implementation (I) Laporkan kondisi pasien Situation (kondisi terkini yang terjadi pada pasien):				
6	Perawat menyebutkan nama, umur pasien dan lokasi			
7	Perawat menyebutkan nama dokter yang menangani pasien			
8	Perawat menyebutkan masalah kesehatan yang dialami pasien (penyakit).			
9	Perawat menyebutkan tanda-tanda vital dan kekhawatiran Perawat terhadap kondisi pasien) Background (Info penting berhubungan dengan kondisi pasien terkini):			
10	Perawat menyampaikan latar belakang atau masalah pasien sebelumnya			
11	Perawat menyebutkan riwayat alergi, riwayat pembedahan			
12	Assessment (hasil pengkajian dari kondisi pasien terkini): Perawat menyampaikan penilaian terhadap kondisi pasien, dengan menyampaikan masalah pasien saat ini			
13	Recommendation /Rekomendasi Perawat menyampaikan rekomendasi berupa saran, pemeriksaan tambahan, atau perubahan tatalaksana jika diperlukan			
Evaluation (E)				
14	Evaluasi respon dokter / penerima laporan terhadap rekomendasi			
15	Klarifikasi rekomendasi yang diberikan oleh penerima laporan			
16	Tentukan rencana tindak lanjut			
17	Beri salam			
Dokumentasi				
18	Catat hasil tindakan yang sudah dilakukan dan respon/ hasilnya			
Sikap				
19	Dilakukan dengan sistematis			
20	Percaya diri			

Jumlah Nilai

Keterangan:

- 0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna
- Nilai 100 = sempurna; Nilai 81-99= Baik; Kurang

Penilai/Observer
.....

Penilaian keterampilan: prosedur melaporkan kondisi pasien pada saat handover

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
Assessment (A)				
1	Kaji kelengkapan data pasien yang akan dilaporkan			
Planningt (P)				
2	Persiapan perawat			
3	Persiapan alat: Status Pasien, Alat tulis			
4	Persiapan Lingkungan			
5	Bina hubungan saling percaya: beri salam; Perkenalkan diri perawat; Sampaikan tujuan serah terima pasien; Kontrak: waktu dan tempat			
Implementation (I)				
Laporkan kondisi pasien Situation (kondisi terkini yang terjadi pada pasien):				
6	Perawat (P) menyebutkan nama dan umur pasien			
7	Menyebutkan tanggal pasien masuk ruangan & hari perawatannya			
8	Perawat menyebutkan nama dokter yang menangani pasien			
9	Perawat menyebutkan diagnose medis pasien/ penyakit yang dialami pasien			
10	Perawat menyebutkan masalah keperawatan pasien yang sudah & belum teratasi Background (Info penting berhubungan dengan kondisi pasien terkini):			
11	Perawat menjelaskan intervensi/ tindakan dari setiap masalah keperawatan pasien			
12	Perawat menyebutkan riwayat alergi, riwayat pembedahan			
13	Perawat menyebutkan pemasangan alat invasif (infus, dan alat bantu lain seperti kateter dll), serta pemberian obat & cairan infus			
14	Perawat menjelaskan dan mengidentifikasi pengetahuan pasien terhadap diagnose medis/ penyakit yang dialami pasien			
15	Assessment (hasil pengkajian dari kondisi pasien terkini):			
16	Perawat menjelaskan hasil pengkajian pasien terkini			
17	Perawat menjelaskan kondisi klinik lain yang mendukung, seperti hasil Lab, Rontgen			
18	Recommendation/Rekomendasi: Perawat menyampaikan rekomendasi berupa saran, pemeriksaan tambahan, atau perubahan tatalaksana jika diperlukan			
Evaluation (E)				
14	Evaluasi respon dokter / penerima laporan terhadap rekomendasi			
15	Klarifikasi rekomendasi yang diberikan oleh penerima laporan			

16	Tentukan rencana tindak lanjut			
17	Beri salam			
Dokumentasi				
18	Catat hasil tindakan yang sudah dilakukan dan respon/ hasilnya			
Sikap				
19	Dilakukan dengan sistematis			
20	Percaya diri			

Jumlah Nilai

Keterangan:

- 0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna
- Nilai 100 = sempurna; Nilai 81-99= Baik; Kurang

Penilai/Observer

**Penilaian Keterampilan Prosedur Menerima Instruksi Per Telepon/ Lisan/
Hasil Pemeriksaan Kritis**

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
Assessment (A)				
1	Kaji kesiapan diri perawat			
Planningt (P)				
2	Persiapan alat: Status Pasien (catatan perkembangan pasien terintegrasi), Alat tulis			
3	Persiapan Lingkungan (tidak mengganggu konsentrasi, pendengaran, penglihatan)			
Implementation (I) Laporkan kondisi pasien Situation (kondisi terkini yang terjadi pada pasien):				
4	Bina hubungan saling percaya: Beri salam; Perkenalkan diri perawat (Nama, jabatan, tempat tugas, jam tugas); Sampaikan siap menerima pesan			
5	Tanyakan nama dan jabatan yang menelepon/ memberikan instruksi TULIS: Penerima pesan menuliskan pesan lengkap yang disampaikan pengirim di Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT), meliputi: a. Tanggal & jam pesan diterima b. Nama lengkap pasien, tanggal lahir, diagnose c. Gunakan simbol/ singkatan sesuai standar d. Dosis/ nilai harus spesifik untuk menghindari salah penafsiran e. Nama petugas pelapor/ memberi pesan f. Nama dan ttd petugas penerima pesan g. Bila pesan melalui telepon, pengirim pesan/ dokter menandatangani pada saat visit hari berikutnya			
6	BACA: Penerima pesan membacakan kembali instruksi/ isi pesan lengkap tersebut kepada pemberi pesan			
7	KONFIRMASI: a. Penerima pesan mengkonfirmasi apakah yang dibacakan sudah benar? Pemberi pesan mengkonfirmasi isi pesan dengan jawaban “Ya benar” b. Penerima pesan menanyakan/ mengingatkan kepada pemberi pesan untuk menandatangani pesan yang ditulis Pemberi pesan/ instruksi menanda tangani dan menulis tanggal dan jam penandatanganan dalam kotak stempel KONFIRMASI			

	dalam catatan perkembangan terintegrasi, dalam waktu 1 x 24 jam			
Evaluation (E)				
14	Evaluasi respon subjektif & objektif dari petugas yang menerima pasien			
15	Berikan reinforcement positif			
16	Tentukan rencana tindak lanjut			
17	Beri salam			
Dokumentasi				
18	Catat hasil tindakan yang sudah dilakukan dan respon/ hasilnya			
Sikap				
19	Dilakukan dengan sistematis			
20	Percaya diri			

Jumlah Nilai

Keterangan:

- 0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna
- Nilai 100 = sempurna; Nilai 81-99= Baik; Kurang

Penilai/Observer

Ringkasan

Untuk meningkatkan keselamatan pasien yang dirawat di fasilitas pelayanan kesehatan, perawat dan tenaga kesehatan lain harus mampu dan terampil menerapkan sasaran keselamatan pasien yang kedua, yaitu meningkatkan komunikasi yang efektif. Pendekatan komunikasi yang digunakan meliputi komunikasi SBAR dan TBAK.

- Komunikasi efektif dengan pendekatan SBAR mudah diingat dan praktis untuk komunikasi atau percakapan. SBAR tersusun sebagai berikut: S = Situation; B = Background; A = Assessment; R = Recommendation.
- Komunikasi dengan pendekatan ini dilakukan pada saat perawat atau petugas kesehatan lain melaporkan kondisi pasien dan kekhawatiran pelapor terhadap kondisi pasien (situation), latar belakang atau masalah pasien sebelumnya (background), penilaian terhadap kondisi pasien dengan menyampaikan masalah saat ini - hasil Pengkajian kondisi pasien terkini (assessment), dan rekomendasi berupa saran, pemeriksaan tambahan, atau perubahan tatalaksana jika diperlukan (Recommendation).
- Tujuan dan keuntungan menggunakan SBAR, yaitu : a) Meningkatkan keamanan keselamatan pasien (patient safety), b) Memberikan standar untuk penyebaran atau berbagi informasi, c) Meningkatkan kekuatan atau penjelasan dari para pemberi pelayanan kesehatan dalam mengajukan permintaan perubahan perawatan pasien atau untuk menyelesaikan informasi dalam keadaan kritis dengan benar dan akurat, d) Meningkatkan efektivitas kerja tim, dan e) Dapat dipergunakan pada daerah spesifik.
- Komunikasi dengan pendekatan TBAK (Tulis-baca-konfirmasi) dilakukan saat petugas menerima instruksi verbal pertelepon/ lisan dari Dokter penanggung jawab pasien (DPJP). Komunikasi ini juga harus dilakukan pada saat petugas menerima laporan hasil tes kritis/ critical test/ pemeriksaan cito, yaitu hasil pemeriksaan diagnostik/ penunjang yang memerlukan penanganan segera.

Tugas Praktik

1. Lakukan komunikasi SBAR pada kasus lain. Mintalah teman Anda/ instruktur untuk menilai praktik melaporkan kondisi pasien yang Anda lakukan dengan menggunakan formulir 2.1 dan 2.1.
2. Lakukan komunikasi TBAK pada kasus lain. Mintalah teman Anda/ Instruktur untuk menilai praktik yang Anda lakukan, dengan menggunakan formulir 2.3

Kegiatan Praktikum 3:

MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT YANG HARUS DIWASPADAI

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 58 Tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit mengharuskan rumah sakit di Indonesia untuk mengembangkan kebijakan pengelolaan obat untuk meningkatkan keamanan khususnya obat yang perlu diwaspadai (high alert medications). Untuk itu Perawat sebagai tenaga kesehatan yang ikut berperan dalam terpenuhinya kebutuhan pasien akan pengobatan harus memahami kebijakan ini. Sebelum melaksanakan kegiatan pada topik ini pastikan Anda sudah memahami konsep teori tentang upaya meningkatkan keamanan obat yang harus diwaspadai.

Setelah mempelajari topik ini, diharapkan Anda dapat:

1. Melakukan prosedur untuk meningkatkan keamanan high alert medications melalui pengecekan ganda (double check) sebelum diberikan kepada pasien.
2. Mendemonstrasikan prosedur memberikan obat yang harus diwaspadai (High alert medications)

URAIAN MATERI

A. Pengertian

High-Alert Medication atau obat dengan kewaspadaan tinggi adalah obat-obat yang secara signifikan berisiko membahayakan pasien bila digunakan dengan salah atau pengelolaan yang kurang tepat. Obat ini sering menyebabkan kesalahan serius (sentinel event) dan dapat menyebabkan reaksi obat yang tidak diinginkan (ROTD). Berdasarkan study yang dilakukan oleh Institute for Safe Medication Practices (ISMP) di US, obat yang paling sering menyebabkan ROTD dan sentinel event adalah insulin, opium dan narkotik, injeksi potassium chloride (phospate) concentrate, intravenous anticoagulants (hepari) dan sodium chloride solution lebih besar dari 0,9%. Pengobatan yang aman perlu dijamin dalam setiap langkah pemberian obat, yaitu pada saat:

1. Peresepan obat,

2. Pemberian obat, dan
3. Pemantauan efek obat.

Beberapa terminologi penting terkait pemberian obat:

1. Side-effect: efek yang diketahui, yaitu efek tambahan dari efek primer obat yang diharapkan. Efek ini terkait dengan efek farmakologis dari sediaan obat tersebut. Contoh: opiat analgesia sering menyebabkan mual
2. Adverse reaction: bahaya atau efek yang tidak diinginkan yang terjadi karena tindakan pemberian obat yang benar, dan proses yang benar. Contoh: reaksi alergi yang tidak diharapkan pada pasien yang baru pertama kali menggunakan obat tersebut.
3. Error: kegagalan untuk melaksanakan rencana penatalaksanaan atau pemberian obat, atau kesalahan dalam penatalaksanaan. Contoh: kesalahan pemberian obat pada pasien □ Adverse event: kejadian tidak diinginkan yang membahayakan pasien

Kategori/kelas obat-obatan	Jenis obat
Agonis adnergik IV	Epinefrin, fenilefrin, norepinefrin, isoproterenol
Antagonis adrenergic IV	Propranolol, metoprolol, labetalol
Agen anestesi (umum, inhalasi, dan IV)	Propofol, ketamin
Anti-trombotik, termasuk:	Warfarin, LMWH(low-molecular-weight heparin, unfractionated heparin IV
a. Antikoagulan	-
b. Inhibitor faktor X a	-
c. Direct thrombin inhibitors	Etexliate
d. Trombolitik	Lepirudin
e. Inhibitor glikoprotein IIb/IIIa	-
Larutan /solusio kardioplegik	
Agen kemoterapi (parenteral dan oral)	
Dekstrosa hipertonik($\geq 20\%$)	
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
Agen blok neuromuscular	Suksinikolin, rokuronium, vekuronium, atrakurium, pankurium
Preparat nutrisi parenteral	
Agen radiokontras IV	
Akua bi destilata, inhalasi, dan irigasi (dalam kemasan $\geq 100\text{ml}$)	
NaCl untuk injeksi, hipertonik dengan konsentrasi $> 0,9\%$	
Konsentrat K Cl untuk injeksi	
E poprostenol IV	
Injeksi Magnesium Sulfat (MgSO_4)	
Digoksin IV	

Kategori/kelas obat-obatan	Jenis obat
Metotreksat oral (penggunaan non-onkologi)	
Opium tincture	
Oksitosi IV	
Injeksi natrium nitropruside	
Injeksi kalium fosfat	
Prometazin IV	
K alium intravena	
V asopressin (IV atau intraoseus)	
antikonvulsan	Benzodiazepine

B. Ketagori dan spesifikasi obat yang termasuk ke dalam high alert medication

DAFTAR ELEKTROLIT KONSENTRAT	
NO	NAMA OBAT
1	Kalsium gluconas inj
2	Kalsium gluseptat inj
3	Kalium klorida inj
4	NaCl 3% 500 mL
5	KCl 25 meq
6	Kalium asetat $\geq 0,4$ Eq/mL
7	Kalium fosfat $\geq 0,4$ Eq/mL
8	Magnesium sulfat > 40 mg/mL dalam larutan 100 mL (4 g dalam 100 ml larutan isotonik / normal salin)

(Sumber: https://dlscrib.com/download/pedoman-obat-high-alert_58afcc2d6454a7406ab1e8d9_pdf)

Dengan adanya daftar obat di atas, diharapkan bisa mengurangi kesalahan dalam pemberian high alert medications. Pemberian high-alert medications harus teliti. Hal-hal yang dilakukan untuk meningkatkan keamanan high alert medications adalah perawat harus melakukan pengecekan ganda (double check) terhadap semua high alert medications sebelum diberikan kepada pasien. Selain itu, persiapan dan penyimpanannya pun harus jelas. High alert medications harus disimpan di pos perawat di dalam troli atau kabinet yang terkunci dan diberi label yang jelas.

C. Pemberian obat yang perlu diwaspadai (high-alert) di ruang perawatan

1. Sebelum perawat memberikan obat high alert kepada pasien maka perawat lain harus melakukan pemeriksaan kembali (double check) secara independen:
 - 7 benar
 - a. Benar obat (esesuaian antara obat dengan rekam medik/instruksi dokter)
 - b. Benar waktu dan frekuensi pemberian

- c. Benar dosis (ketepatan perhitungan dosis obat)
 - d. Benar rute pemberian
 - e. Benar identitas pasien (Kebenaran nama pasien, Kebenaran nomor rekam medis pasien, Kebenaran umur/ tanggal lahir pasien, Kebenaran alamat rumah pasien, Nama DPJP)
 - f. Benar informasi
 - g. Benar dokumentasi
2. Obat high alert infus harus dipastikan:
- a. Ketepatan kecepatan pompa infus (infuse pump).
 - b. Jika obat lebih dari satu, tempelkan label nama obat pada syringe pump dan disetiap ujung jalur selang.
 - c. Obat high alert elektrolit konsentrasi tinggi harus diberikan sesuai perhitungan standar yang telah baku, yang berlaku di semua ruang perawatan.
 - d. Setiap kali pasien pindah ruang rawat, perawat pengantar menjelaskan kepada perawat penerima pasien bahwa pasien mendapatkan obat high alert, dan menyerahkan formulir pencatatan obat.
 - e. Dalam keadaan emergency yang dapat menyebabkan pelabelan dan tindakan pencegahan terjadinya kesalahan obat high alert dapat mengakibatkan tertundanya pemberian terapi dan memberikan dampak yang buruk pada pasien, maka dokter dan perawat harus memastikan terlebih dahulu keadaan klinis pasien yang membutuhkan terapi segera (cito) sehingga double check dapat tidak dilakukan, namun sesaat sebelum memberikan obat, perawat harus menyebutkan secara lantang semua jenis obat yang diberikan kepada pasien sehingga diketahui dan didokumentasikan dengan baik oleh perawat yang lainnya.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman dan melatih keterampilan Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut:

1. Lakukanlah prosedur pengecekan ganda (double check) sebelum pemberian obat high alert

2. Demonstrasikan prosedur memberikan obat yang perlu diwaspadai

Anda dapat menggunakan Formulir 3.1 untuk latihan melakukan prosedur pengecekan ganda (double check) sebelum memberikan obat high alert dan latihan mendemonstrasikan pemberian obat kepada pasien.

Petunjuk Jawaban

- a. Untuk berlatih keterampilan melakukan prosedur peningkatan keamanan high alert medications melalui pengecekan ganda (double check) sebelum diberikan kepada pasien. Bacalah prosedur/ langkah-langkah tindakan
- b. Cobalah Anda melakukan sendiri dengan panduan formulir 3.1.
- c. Setelah Anda yakin dapat melakukan tanpa melihat Formulir penilaian, mintalah teman/ Instruktur
- d. Berlatihlah sampai Nilai Anda = 100 atau sempurna, baru lanjutkan ke prosedur lainnya.
- e. Selamat latihan...

No	Aspek yang dinilai	Dilakukan		
		Ya	Tidak	
Assessment (A)				
1	Kaji identitas dan status/ dokumen rekam medik pasien			
Planning (P)				
2	Persiapan perawat			
3	Persiapan alat : obat high alert, alat kesehatan yang diperlukan, Status Pasien			
4	Persiapan Lingkungan			
5	Bina hubungan saling percaya: Beri salam; Perkenalkan diri perawat (Nama, jabatan, tempat tugas, jam tugas);			
6	Tanyakan nama dan tanggal lahir klien			
7	Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan			
8	Kontrak: waktu dan tempat			
Implementation (I)				
9	Anda dan Perawat lain melakukan pemeriksaan kembali (double check) secara independen, tentang : a. Benar obat (kesesuaian antara obat dengan rekam medik/instruksi dokter) b. Benar waktu dan frekuensi pemberian c. Benar dosis (ketepatan perhitungan dosis obat) d. Benar rute pemberian e. Benar identitas pasien f. Benar informasi g. Benar dokumentasi			
10	Setelah semua sesuai dan tepat, Perawat memberikan obat high alert kepada pasien dengan hati-hati			
11	Perawat memastikan Obat high alert infuse diberikan dengan tepat:			
12	Perawat memastikan ketepatan kecepatan pompa infus (infuse pump).			
Evaluation (E)				
14	Evaluasi respon subjektif dan objektif klien			
15	Berikan reinforcement positif			
16	Tentukan rencana tindak lanjut			
17	Beri salam terapeutik			
Dokumentasi				
18	Catat hasil tindakan memberikan obat high alert			
Sikap				
19	Dilakukan dengan sistematis			
20	Percaya diri			

Penilaian keterampilan: prosedur pengecekan ganda (double check) sebelum pemberian dan pemberian obat yang perlu diwaspadai

Jumlah Nilai

Keterangan:

- 0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna
- Nilai 100 = sempurna; Nilai 81-99= Baik; Kurang

Penilai/Observer

Ringkasan

- High-Alert Medication atau obat dengan kewaspadaan tinggi adalah obat-obat yang secara signifikan berisiko membahayakan pasien bila digunakan dengan salah atau pengelolaan yang kurang tepat. Obat ini sering menyebabkan kesalahan serius (sentinel event) dan dapat menyebabkan reaksi obat yang tidak diinginkan (ROTD).
- Setiap tenaga kesehatan harus mengetahui penanganan khusus untuk obat high alert
- Setiap depo farmasi, ruang rawat, poliklinik harus memiliki daftar obat high alert, dengan harapan bisa mengurangi kesalahan dalam pemberian high alert medications.
- Pemberian high-alert medications harus teliti. Hal-hal yang dilakukan untuk meningkatkan keamanan high alert medications adalah perawat harus melakukan pengecekan ganda (double check) terhadap semua high alert medications sebelum diberikan kepada pasien. Persiapan dan penyimpanannya pun harus jelas. High alert medications harus disimpan di pos perawat di dalam troli atau kabinet yang terkunci dan diberi label yang jelas (Obat high alert disimpan ditempat terpisah, akses terbatas, diberi label High alert)
- Prosedur peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai dilakukan mulai dari peresepan, penyimpanan, penyiapan di farmasi dan ruang perawatan dan pemberian obat
- Tidak menyimpan obat kategori kewaspadaan tinggi di meja dekat pasien tanpa pengawasan

Tugas Praktik

Lakukanlah/ demonstrasikan prosedur pemberian obat yang perlu diwaspadai, mulai dari pengecekan ganda dengan menerapkan 7 benar sebelum pemberian sampai dengan pemberian obatnya

Gunakan formulir 3.1 untuk menilai keterampilan Anda.

Lakukan tugas ini sampai dengan nilai Anda = 100

Kegiatan Praktikum 4:
MEMASTIKAN LOKASI PEMBEDAHAN YANG BENAR, PROSEDUR
YANG BENAR, PEMBEDAHAN PADA PASIEN YANG BENAR

Pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang penting dalam pelayanan kesehatan. Tindakan pembedahan merupakan salah satu tindakan medis yang bertujuan untuk menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan dan komplikasi. Namun demikian, pembedahan yang dilakukan juga dapat menimbulkan komplikasi yang dapat membahayakan nyawa (WHO, 2009). Data World Health Organization (WHO) menunjukkan bahwa selama lebih dari satu abad perawatan bedah telah menjadi komponen penting dari perawatan kesehatan di seluruh dunia. Diperkirakan setiap tahun ada 230 juta operasi utama dilakukan di seluruh dunia, satu untuk setiap 25 orang hidup. Rumah sakit wajib mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien. Salah-lokasi, salah-prosedur, salah pasien pada operasi, adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan sering terjadi di rumah sakit/ fasilitas pelayanan kesehatan.

Setelah mempelajari topik ini, diharapkan Anda dapat:

1. Mendemonstrasikan prosedur untuk memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang Benar

URAIAN MATERI

1. Definisi

Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara infasive dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani (R. Sjamsuhidajat & Wim de jong, 2005). Proses operasi merupakan

pembukaan bagian tubuh untuk dilakukan perbaikan yang diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka. Pembedahan merupakan cabang dari ilmu medis yang ikut berperan terhadap kesembuhandari luka atau penyakit melalui prosedur manual atau melalui operasi dengan tangan. Bedah atau operasi merupakan tindakan pembedahan cara dokter untuk mengobati kondisi yang sulit atau tidak mungkin disembuhkan hanya dengan obat-obatan sederhana (Potter, 2006) Perkembangan baru juga terjadi pada pengaturan tempat untuk dilaksanakan prosedur operasi. Bedah sehari (ambulatory surgery), kadangkala disebut pembedahan tanpa rawat inap (outpatient surgery) atau pembedahan sehari (one-day surgery).

2. Tujuan

Tujuan rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien adalah mencegah dan menurunkan angka kejadian salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi. Prosedur Salah-lokasi, salah-prosedur, salah pasien pada operasi adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Adapun penyebab dari kesalahan tersebut, adalah:

- a. Komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah,
- b. Kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (site marking),
- c. Tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi.
- d. Asesmen pasien yang tidak adekuat, - penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat,
- e. Budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah,
- f. Permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (illegible handwriting),
- g. Pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

3. Peran dan tanggung jawab:

- a. Petugas/Perawat kamar operasi

- 1) Sebelum tindakan dilakukan, petugas melakukan penandaan area yang akan dilakukan operasi.
- 2) Sebelum tindakan, petugas melakukan pengecekan ulang seluruh identifikasi pasien dan kelengkapan berkas penunjang sebelum dilakukan tindakan operasi.
- 3) Dalam pelaksanaan tindakan operasi, petugas melakukan tindakan berdasarkan atas SPO yang berlaku.

b. Kepala bagian Ruang Operasi

- 1) Memahami dan mengimplementasikan seluruh prosedur yang ada
- 2) Memastikan ketepatan pasien dan penandaan area yang akan dilakukan tindakan operasi
- 3) Melaporkan jika terjadi kesalahan dalam identifikasi ataupun marking area

c. Ka.Sub Keselamatan Pasien

- 1) Memastikan dan memantau petugas telah melaksanakan panduan tindakan preoperatif, intraoperatif dan posoperatif dengan baik
- 2) Melakukan penyelidikan jika telah terjadi kesalahan dalam melakukan tindakan operasi
- 3) Melakukan pemantauan atas tata kelola panduan tindakan operasi bersama dengan Kepala bagian ruang operasi

4. Prinsip

Prinsip pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien, adalah:

- a. Semua pasien rawat jalan, rawat inap, IGD yang akan menjalani suatu prosedur pembedahan, wajib di lakukan penandaan dengan benar saat berada di ruangan atau sekurang kurangnya 1 jam sebelum di lakukan prosedur pembedahan.
- b. Tujuan utama penandaan adalah untuk menghindari salah lokasi, salah prosedur dan salah pasien
- c. Penandaan digunakan pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika akan di lakukan suatu prosedur pembedahan

- d. Penandaan di lakukan oleh dokter operator dan wajib ikut di dalam kamar operasi saat prosedur pembedahan di lakukan.
 - e. Penandaan dengan menggunakan tanda GARIS tebal “ —”
 - f. Untuk identifikasi lokasi operasi wajib mengikut sertakan pasien dalam proses penandaan.
 - g. Menggunakan checklist atau proses lain untuk verifikasi lokasi yang tepat, prosedur yang tepat, dan pasien yang tepat sebelum operasi, dan seluruh dokumen serta peralatan yang dibutuhkan tersedia, benar dan berfungsi.
 - h. Seluruh tim operasi membuat dan mendokumentasikan prosedur time out sesaat sebelum prosedur operasi dimulai.
5. Ceklist keselamatan pasien pra operasi

Kematian dan komplikasi akibat pembedahan dapat dicegah. Salah satu pencegahannya dapat dilakukan dengan surgical safety checklist. Surgical Safety Checklist adalah sebuah daftar periksa untuk memberikan pembedahan yang aman dan berkualitas pada pasien. Surgical safety checklist merupakan alat komunikasi untuk keselamatan pasien yang digunakan oleh tim profesional di ruang operasi. Tim profesional terdiri dari perawat, dokter bedah, anestesi dan lainnya. Tim bedah harus konsisten melakukan setiap item yang dilakukan dalam pembedahan mulai dari the briefing phase, the time out phase, the debriefing phase sehingga dapat meminimalkan setiap risiko yang tidak diinginkan (Safety & Compliance, 2012).

Manual ini menyediakan petunjuk penggunaan checklist, saran untuk implementasi, dan rekomendasi untuk mengukur pelayanan pembedahan dan hasilnya. Setting praktek yang berbeda harus mengadapatasi sesuai dengan kemampuan mereka. Tiap poin checklist sudah berdasarkan bukti klinis atau pendapat ahli dimana yang akan mengurangi kejadian yang serius, mencegah kesalahan pembedahan, dan hal ini juga mempengaruhi kejadian yang tidak diharapkan atau biaya tidak terduga. Checklist ini juga dirancang untuk kemudahan dan keringkasan.

Banyak langkah yang sudah diterima sebagai praktek yang rutin di berbagai fasilitas di seluruh dunia walaupun jarang diikuti oleh keseluruhan. Tiap bagian

bedah harus praktek dengan checklist dan mengevaluasi bagaimana kesensitivan integrasi checklist ini dengan alur operasi biasanya. Tujuan utama dari WHO surgical safety checklist-dan manualnya-untuk membantu mendukung bahwa tim secara konsisten mengikuti beberapa langkah keselamatan yang kritis dan meminimalkan hal yang umum dan risiko yang membahayakan dan dapat dihindari dari pasien bedah. Checklist ini juga memandu interaksi verbal antar tim sebagai arti konfirmasi bahwa standar perawatan yang tepat dipastikan untuk setiap pasien.

6. Tiga fase operasi

Untuk mengimplementasikan checklist selama pembedahan, seorang harus bertanggungjawab untuk melakukan pengecekan checklist. Hal ini diperlukan seorang checklist koordinator biasanya perawat sirkuler tapi dapat berarti setiap klinisi yang berpartisipasi dalam operasi. Checklist membedakan operasi menjadi 3 fase dimana berhubungan dengan waktu tertentu seperti pada prosedur normal, yaitu:

- a. Periode sebelum induksi anestesi (sign in),
- b. Setelah induksi dan sebelum insisi pembedahan, dan
- c. Periode selama atau setelah penutupan luka tapi sebelum pasien masuk RR.
- d. Fase Sign in

Fase Sign In adalah fase sebelum induksi anestesi, koordinator secara verbal memeriksa apakah identitas pasien telah dikonfirmasi, prosedur dan sisi operasi sudah benar, sisi yang akan dioperasi telah ditandai, persetujuan untuk operasi telah diberikan, oksimeter pulse pada pasien berfungsi. Koordinator dengan profesional anestesi mengkonfirmasi risiko pasien apakah pasien ada risiko kehilangan darah, kesulitan jalan nafas, reaksi alergi.

e. Fase Time Out

Fase Time Out adalah fase setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing. Tim operasi memastikan bahwa semua orang di ruang operasi saling kenal. Sebelum melakukan sayatan pertama pada kulit tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras mereka melakukan operasi yang benar,

pada pasien yang benar. Mereka juga mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya.

f. Fase Sign Out

Fase Sign Out adalah fase tim bedah akan meninjau operasi yang telah dilakukan. Dilakukan pengecekan kelengkapan spons, penghitungan instrumen, pemberian label pada spesimen, kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani. Langkah akhir yang dilakukan tim bedah adalah rencana kunci dan memusatkan perhatian pada manajemen post operasi serta pemulihan sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi (Surgery) & Apakah pasien sudah dikonfirmasi identitasnya, tempat operasi, prosedur dan persetujuan?

Koordinator ceklist secara verbal mengkonfirmasi identitas pasien, tipe prosedur yang akan dilaksanakan, tempat pembedahan, dan persetujuan pembedahan yang sudah diberikan. Walau hal ini terlihat berulang kali, namun langkah ini penting untuk memastikan tim tidak mengoperasi pasien yang salah atau bagian yang salah atau melakukan prosedur yang salah. Saat konfirmasi dengan pasien tidak mungkin dilakukan seperti pada kasus anak atau pasien yang cacat, pengasuh atau keluarga dapat menggantikan peran pasien. Jika pengasuh atau keluarga tidak ada (Lives, 2008).

Setiap langkah harus dicek secara verbal dengan anggota tim yang sesuai untuk memastikan bahwa tindakan utama telah dilakukan. Oleh karena itu, sebelum induksi anstesi, koordinator ceklist secara verbal akan mereview dengan anstesist dan pasien (jika mungkin) bahwa identitas pasien sudah dikonfirmasi, bahwa prosedur dan tempat yang dioperasi sudah benar dan persetujuan untuk pembedahan sudah dilakukan. Koordinator akan melihat dan mengkonfirmasi secara verbal bahwa tempat operasi sudah ditandai (jika mungkin) dan mereview dengan anstesist risiko kehilangan darah pada pasien, kesulitan jalan napas dan reaksi alergi dan mesin anstesi serta pemeriksaan medis sudah lengkap. Idealnya ahli bedah akan hadir pada fase sebelum anestesi ini sehingga mempunyai ide yang jelas untuk mengantisipasi kehilangan darah, alergi,

atau komplikasi pasien yang lain. Bagaimanapun juga, kehadiran ahli bedah tidak begitu penting untuk melengkapi ceklist ini.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman dan melatih keterampilan Anda mengenai materi topik 4, kerjakanlah latihan berikut:

1. Lakukanlah prosedur tindakan penandaan area tubuh pasien yang akan dilakukan operasi.
2. Demonstrasikan prosedur verifikasi seluruh identifikasi pasien dan kelengkapan berkas penunjang sebelum dilakukan tindakan operasi

Anda dapat menggunakan Formulir 4.1 untuk latihan melakukan prosedur penandaan area tubuh pasien yang akan dilakukan operasi, dan formulir 4.2 untuk melakukan verifikasi sebelum operasi.

Petunjuk Jawaban Latihan

- | |
|---|
| <p>Untuk berlatih keterampilan melakukan prosedur</p> <ol style="list-style-type: none">a. Bacalah prosedur/ langkah-langkah tindakanb. Cobalah Anda melakukan sendiri dengan panduan formulir 4.1. dan 4.2c. Setelah Anda yakin dapat melakukan tanpa melihat Formulir penilaian, mintalah teman/ Instrukturd. Berlatihlah sampai Nilai Anda = 100 atau sempurna, baru lanjutkan ke prosedur lainnya.e. Selamat latihan... |
|---|

Formulir 4.1. penilaian keterampilan: memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar.

No	Aspek yang dinilai	Dilakukan		
		Ya	Tidak	
Assessment (A)				
1	Kaji identitas dan status/ dokumen rekam medik pasien			
Planningt (P)				
2	Persiapan perawat			
3	Persiapan alat : obat high alert, alat kesehatan yang diperlukan, Status Pasien			
4	Persiapan Lingkungan			
5	Bina hubungan saling percaya: Ucapkan salam; Perkenalkan diri perawat (Nama, jabatan, tempat tugas, jam tugas);			
6	Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan			
7	Kontrak: waktu dan tempat			
Implementation (I)				
8	Pastikan identitas pasien pada gelang pasien, tanyakan nama, tempat tanggal lahir, no RM			
9	Jelaskan materi tentang penandaan lokasi operasi pada pasien dan atau keluarga pasien			
10	Berikan tanda lokasi operasi dengan tanda yang tidak mudah luntur dan mudah dikenali			
11	melibatkan pasien saat dilakukan penandaan lokasi operasi tersebut			
12	Lakukan verifikasi pada pasien dan atau keluarga bahwa mereka telah memahami dan mengetahui lokasi yang akan dilakukan operasi			
13	Ucapkan terimakasih, dan semoga semuanya dapat berjalan dengan baik			
Evaluation (E)				
14	Evaluasi respon subjektif dan objektif klien			
15	Berikan reinforcement positif			
16	Tentukan rencana tindak lanjut			
17	Beri salam terapeutik			
Dokumentasi				
18	Catat hasil tindakan memberikan obat high alert			
Sikap				
19	Dilakukan dengan sistematis			
20	Percaya diri			

Jumlah Nilai

Keterangan:

- 0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna

- Nilai 100 = sempurna; Nilai 81-99= Baik; Kurang

Penilai/Observer

Ringkasan

- Penggunaan Surgery safety checklist WHO dimaksudkan untuk memfasilitasi komunikasi yang efektif dalam prosedur pembedahan sehingga meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan dan peningkatan keselamatan pasien di kamar bedah baik sebelum operasi, selama operasi dan sesudah operasi.
- Dalam setiap fase, checklist koordinator harus diijinkan mengkonfirmasi bahwa tim sudah melengkapinya sebelum proses operasi dilakukan. Tim operasi harus familiar dengan langkah dalam ceklist, sehingga mereka dapat mengintegrasikan ceklist tersebut dalam pola normal sehari-hari dan dapat melengkapinya secara verbal tanpa intervensi dari koordinator ceklist. Setiap tim harus menggabungkan penggunaan ceklist ke dalam pekerjaan dengan efisiensi yang maksimum dan gangguan yang minimal selama bertujuan untuk melengkapinya langkah secara efektif.

Tugas Praktik

Lakukanlah/ demonstrasikan prosedur pemberian obat yang perlu diwaspadai, mulai dari pengecekan ganda dengan menerapkan 7 benar sebelum pemberian sampai dengan pemberian obatnya.

Gunakan formulir 4.1 dan 4.2 untuk menilai keterampilan Anda. Lakukan tugas ini sampai dengan nilai Anda = 100

Kegiatan Praktikum 5:

MENGURANGI RISIKO INFEKSI AKIBAT PERAWATAN KESEHATAN

Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan merupakan sasaran keselamatan pasien kelima. Untuk mencapai sasaran ini setiap Fasilitas pelayanan kesehatan mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 disebutkan bahwa pokok dari eliminasi infeksi adalah cuci tangan (hand hygiene) yang tepat. Pedoman hand hygiene yang berlaku secara internasional bisa diperoleh dari WHO, fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman hand hygiene yang diterima secara umum untuk implementasi pedoman itu di Fasilitas pelayanan Kesehatan.

Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan bertujuan untuk melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung yang menerima pelayanan kesehatan serta masyarakat dalam lingkungannya dengan cara memutus siklus penularan penyakit infeksi melalui kewaspadaan standar dan berdasarkan transmisi. Bagi pasien yang memerlukan isolasi, maka akan diterapkan kewaspadaan isolasi yang terdiri dari kewaspadaan standar dan kewaspadaan berdasarkan transmisi. Kewaspadaan standar yaitu kewaspadaan yang utama, dirancang untuk diterapkan secara rutin dalam perawatan seluruh pasien di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, baik yang telah didiagnosis, diduga terinfeksi atau kolonisasi. Diterapkan untuk mencegah transmisi silang sebelum pasien di diagnosis, sebelum adanya hasil pemeriksaan laboratorium dan setelah pasien didiagnosis. Tenaga kesehatan seperti petugas laboratorium, rumah tangga, CSSD, pembuang sampah dan lainnya juga berisiko besar terinfeksi. Oleh sebab itu penting sekali pemahaman dan kepatuhan petugas tersebut untuk juga menerapkan Kewaspadaan Standar agar tidak terinfeksi. Pada tahun 2007, CDC dan HICPAC merekomendasikan 11 (sebelas) komponen utama yang harus dilaksanakan dan dipatuhi dalam kewaspadaan standar, yaitu kebersihan tangan, Alat Pelindung Diri (APD), dekontaminasi peralatan

perawatan pasien, kesehatan lingkungan, pengelolaan limbah, penatalaksanaan linen, perlindungan kesehatan petugas, penempatan pasien, hygiene respirasi/etika batuk dan bersin, praktik menyuntik yang aman dan praktik lumbal pungsi yang aman. Kesebelas kewaspadaan standar tersebut yang harus di terapkan di semua fasilitas pelayanan kesehatan.

Setelah mempelajari topik ini, diharapkan Anda mampu melakukan/ mempraktikkan:

1. Hand hygiene (hand wash dan hand rub)
2. Memasang alat pelindung diri (apd)
3. Melepas alat pelindung diri

URAIAN MATERI

1. Kebersihan Tangan/ Mencuci Tangan

Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcoholbased handrubs) bila tangan tidak tampak kotor. Kuku petugas harus selalu bersih dan terpotong pendek, tanpa kuku palsu, tanpa memakai perhiasan cincin. Cuci tangan dengan sabun biasa/antimikroba dan bilas dengan air mengalir, dilakukan pada saat: a) bila tangan tampak kotor, terkena kontak cairan tubuh pasien yaitu darah, cairan tubuh sekresi, ekskresi, kulit yang tidak utuh, ganti verband, walaupun telah memakai sarung tangan, b) bila tangan beralih dari area tubuh yang terkontaminasi ke area lainnya yang bersih, walaupun pada pasien yang sama.

a. Tujuan

Tujuan cuci tangan adalah mencegah terjadinya penyebaran infeksi melalui kontak dengan tangan. Mencuci tangan merupakan metode yang paling efektif untuk mencegah infeksi nosokomial, efektif mengurangi perpindahan mikroorganisme karena bersentuhan

b. Lima momen cuci tangan/ Indikasi

- 1) Sebelum kontak dengan pasien.
- 2) Sebelum tindakan aseptik

- 3) Setelah kontak cairan tubuh pasien.
- 4) Setelah kontak dengan pasien
- 5) Setelah kontak dengan lingkungan pasien



Gambar 5.1 Lima momen cuci tangan

c. Prinsip dan langkah cuci tangan

Setelah sebelumnya membahas 5 momen cuci tangan sekarang coba kita bahas tentang enam langkah cuci tangan dengan antiseptik (handrub) yang benar menurut WHO. Hal ini juga wajib diketahui dan dilakukan untuk semua karyawan RS/ Puskesmas/ Klinik. Prinsip dari 6 langkah cuci tangan, antara lain:

1. Dilakukan dengan menggosokkan tangan menggunakan cairan antiseptik (handrub) atau dengan air mengalir dan sabun antiseptik (handwash). Rumah sakit akan menyediakan kedua ini di sekitar ruangan pelayanan pasien secara merata.
2. Handrub dilakukan selama 20-30 detik sedangkan handwash 40-60 detik.
- 3) 5 kali melakukan handrub sebaiknya diselingi 1 kali handwash.

6 langkah cuci tangan yang benar menurut standart WHO, adalah sebagai berikut:

2. Alat Pelindung Diri (APD)

a. Pengertian

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam APD sebagai berikut:

- 1) Alat pelindung diri adalah pakaian khusus atau peralatan yang di pakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi/bahan infeksius.
- 2) APD terdiri dari sarung tangan, masker/Respirator Partikulat, pelindung mata (goggle), perisai/pelindung wajah, kap penutup kepala, gaun pelindung/ apron, sandal/sepatu tertutup (Sepatu Boot).
- 3) Tujuan Pemakaian APD adalah melindungi kulit dan membran mukosa dari resiko pajanan darah, cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir dari pasien ke petugas dan sebaliknya.
- 4) Indikasi penggunaan APD adalah jika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau kemungkinan pasien terkontaminasi dari petugas.
- 5) Melepas APD segera dilakukan jika tindakan sudah selesai di lakukan.
- 6) Tidak dibenarkan menggantung masker di leher, memakai sarung tangan sambil menulis dan menyentu permukaan lingkungan.
- 7) permukaan lingkungan.





Gambar 4. Alat Pelindung Diri (APD)

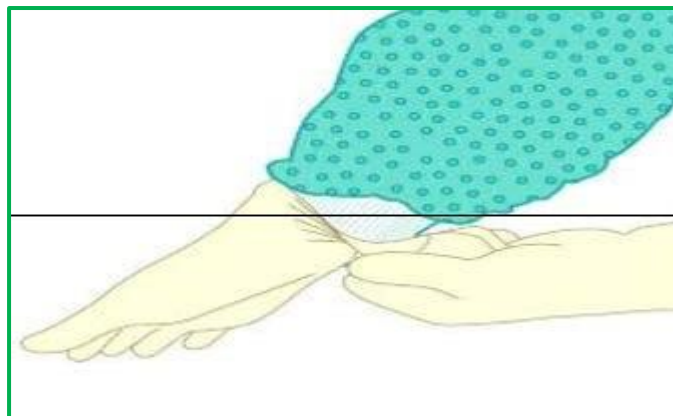
b. Jenis-jenis APD

1) Sarung tangan

Terdapat tiga jenis sarung tangan, yaitu:

- a) Sarung tangan bedah (steril), dipakai sewaktu melakukan tindakan invasif atau pembedahan.
- b) Sarung tangan pemeriksaan (bersih), dipakai untuk melindungi petugas pemberi pelayanan kesehatan sewaktu melakukan pemeriksaan atau pekerjaan rutin
- c) Sarung tangan rumah tangga, dipakai sewaktu memproses peralatan, menangani bahan-bahan terkontaminasi, dan sewaktu membersihkan permukaan yang terkontaminasi.

Umumnya sarung tangan bedah terbuat dari bahan lateks karena elastis, sensitif dan tahan lama serta dapat disesuaikan dengan ukuran tangan. Bagi mereka yang alergi terhadap lateks, tersedia dari bahan sintetik yang menyerupai lateks, disebut 'nitril'.



2) Masker

Masker digunakan untuk melindungi wajah dan membran mukosa mulut dari cipratan darah dan cairan tubuh dari pasien atau permukaan lingkungan udara yang kotor dan melindungi pasien atau permukaan lingkungan udara dari petugas pada saat batuk atau bersin. Masker yang di gunakan harus menutupi hidung dan mulut serta melakukan Fit Test (penekanan di bagian hidung). Terdapat tiga jenis masker, yaitu: - Masker bedah, untuk tindakan bedah atau mencegah penularan melalui droplet. - Masker respiratorik, untuk mencegah penularan melalui airborne. - Masker rumah tangga, digunakan di bagian gizi atau dapur.



Cara memakai masker:

- Memegang pada bagian tali (kaitkan pada telinga jika menggunakan kaitan tali karet atau simpulkan tali di belakang kepala jika menggunakan tali lepas).
- Eratkan tali kedua pada bagian tengah kepala atau leher.
- Tekan klip tipis fleksibel (jika ada) sesuai lekuk tulang hidung dengan kedua ujung jari tengah atau telunjuk.
- Membetulkan agar masker melekat erat pada wajah dan di bawah dagu dengan baik.

- Periksa ulang untuk memastikan bahwa masker telah melekat dengan benar.



Gambar 7. Menekan klip pada tulang hidung



Gambar 8. Masker respirator/partikulat

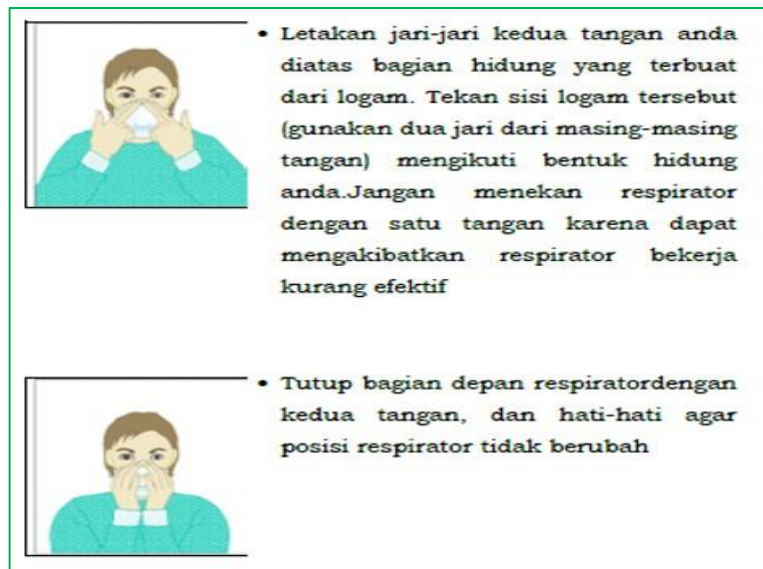
Pemakaian Respirator Partikulat Respirator partikulat untuk pelayanan kesehatan N95 atau FFP2 (health care particular respirator), merupakan masker khusus dengan efisiensi tinggi untuk melindungi seseorang dari partikel berukuran <5 mikron yang dibawa melalui udara. Pelindung ini terdiri dari beberapa lapisan penyaring dan harus dipakai menempel erat pada wajah tanpa ada kebocoran. Masker ini membuat pernapasan pemakai menjadi lebih berat.

Sebelum memakai masker ini, petugas kesehatan perlu melakukan fit test. Hal yang perlu diperhatikan saat melakukan fit test:

- Ukuran respirator perlu disesuaikan dengan ukuran wajah.
- Memeriksa sisi masker yang menempel pada wajah untuk melihat adanya cacat atau lapisan yang tidak utuh. Jika cacat atau terdapat lapisan yang tidak utuh, maka tidak dapat digunakan dan perlu diganti.
- Memastikan tali masker tersambung dan menempel dengan baik di semua titik sambungan.
- Memastikan klip hidung yang terbuat dari logam dapat disesuaikan bentuk hidung petugas.

Fungsi alat ini akan menjadi kurang efektif dan kurang aman bila tidak menempel erat pada wajah. Beberapa keadaan yang dapat menimbulkan keadaan demikian, yaitu:

- Adanya janggut dan jambang
- Adanya gagang kacamata
- Ketiadaan satu atau dua gigi pada kedua sisi yang dapat mempengaruhi perlekatan bagian wajah masker.



Gambar 9. Langkah-langkah menggunakan respirator

Pemeriksaan Segel Positif:

Hembuskan napas kuat-kuat. Tekanan positif di dalam respirator berarti tidak ada kebocoran. Bila terjadi kebocoran atur posisi dan/atau ketegangan

tali. Uji kembali kerapatan respirator. Ulangi langkah tersebut sampai respirator benar-benar tertutup rapat.

- Tarik napas dalam-dalam. Bila tidak ada kebocoran, tekanan negatif di dalam respirator akan membuat respirator menempel ke wajah. Kebocoran akan menyebabkan hilangnya tekanan negatif di dalam respirator akibat udara masuk melalui celah-celah segelnya.
- Lamanya penggunaan maksimal 1 (satu) minggu dengan pemeliharaan yang benar.
- Cara pemeliharaan dan penyimpanan yang benar (setelah dipakai diletakkan di tempat yang kering dan dimasukkan dalam kantong berlubang berbahan kertas).

3) Gaun Pelindung

Gaun pelindung digunakan untuk melindungi baju petugas dari kemungkinan paparan atau percikan darah atau cairan tubuh, sekresi, ekskresi atau melindungi pasien dari paparan pakaian petugas pada tindakan steril.

Jenis-jenis gaun pelindung:

- Gaun pelindung tidak kedap air
 - Gaun pelindung kedap air
 - Gaun steril
 - Gaun non steril
- Indikasi penggunaan gaun pelindung

Tindakan atau penanganan alat yang memungkinkan pencemaran atau kontaminasi pada pakaian petugas, seperti:

- Membersihkan luka
- Tindakan drainase

- Menuangkan cairan terkontaminasi kedalam lubang pembuangan atau WC/toilet
- Menangani pasien perdarahan masif
- Tindakan bedah
- Perawatan gigi

Segera ganti gaun atau pakaian kerja jika terkontaminasi cairan tubuh pasien (darah). Cara memakai gaun pelindung: Tutupi badan sepenuhnya dari leher hingga lutut, lengan hingga bagian pergelangan tangan dan selubungkan ke belakang punggung. Ikat di bagian belakang leher dan pinggang.



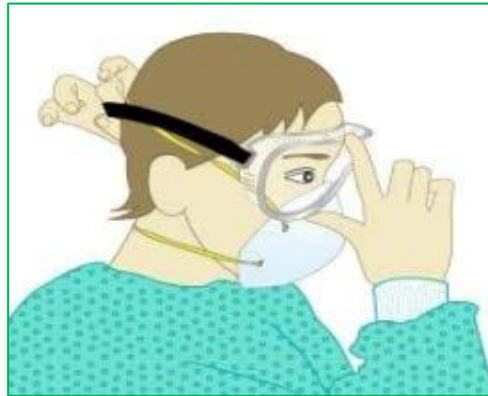
Gambar 10. Gaun pelindung

4) Goggle dan perisai wajah

Harus terpasang dengan baik dan benar agar dapat melindungi wajah dan mata. Tujuan pemakaian Goggle dan perisai wajah: Melindungi mata dan wajah dari percikan darah, cairan tubuh, sekresi dan eksresi. Indikasi: Pada saat tindakan operasi, pertolongan persalinan dan tindakan persalinan, tindakan perawatan gigi dan mulut, pencampuran B3 cair, pemulasaraan jenazah, penanganan linen terkontaminasi laundry, di ruang dekontaminasi CSSD.



Gambar 11. Penutup Wajah



Gambar 12. Memakai Goggle

5) Sepatu pelindung

Tujuan pemakaian sepatu pelindung adalah melindungi kaki petugas dari tumpahan/percikan darah atau cairan tubuh lainnya dan mencegah dari kemungkinan tusukan benda tajam atau kejatuhan alat kesehatan, sepatu tidak boleh berlubang agar berfungsi optimal. Jenis sepatu pelindung seperti sepatu boot atau sepatu yang menutup seluruh permukaan kaki.

Indikasi pemakaian sepatu pelindung:

- Penanganan pemulasaraan jenazah
- Penanganan limbah - Tindakan operasi
- Pertolongan dan Tindakan persalinan
- Penanganan linen

- Pencucian peralatan di ruang gizi
- Ruang dekontaminasi CSSD



Gambar 13. Sepatu Pelindung

6) Topi pelindung

Tujuan pemakaian topi pelindung adalah untuk mencegah jatuhnya mikroorganisme yang ada di rambut dan kulit kepala petugas terhadap alat-alat/daerah steril atau membran mukosa pasien dan juga sebaliknya untuk melindungi kepala/rambut petugas dari percikan darah atau cairan tubuh dari pasien.

Indikasi pemakaian topi pelindung:

- Tindakan operasi
- Pertolongan dan tindakan persalinan
- Tindakan insersi CVL
- Intubasi Trachea
- Penghisapan lendir massive
- Pembersihan peralatan kesehatan



Gambar 14. Topi Pelindung

c. Pelepasan APD

Langkah-langkah melepaskan APD adalah sebagai berikut: 1) Lepaskan sepasang sarung tangan, 2) Lakukan kebersihan tangan, 3) Lepaskan apron, 4) Lepaskan perisai wajah (goggle), 5) Lepaskan gaun bagian luar, 6) Lepaskan penutup kepala, 7) Lepaskan masker, 8) Lepaskan pelindung kaki, 9) Lakukan kebersihan tangan.

1) Melepas sarung tangan

- a) Ingatlah bahwa bagian luar sarung tangan telah terkontaminasi.
- b) Pegang bagian luar sarung tangan dengan sarung tangan lainnya, kemudian lepaskan.
- c) Pegang sarung tangan yang telah dilepas dengan menggunakan tangan yang masih memakai sarung tangan.
- d) Selipkan jari tangan yang sudah tidak memakai sarung tangan di bawah sarung tangan yang belum dilepas di pergelangan tangan.
- e) Lepaskan sarung tangan di atas sarung tangan pertama.
- f) Buang sarung tangan di tempat limbah infeksius.

2) Melepas Goggle atau Perisai Wajah

- a) Ingatlah bahwa bagian luar goggle atau perisai wajah telah terkontaminasi.
 - b) Untuk melepasnya, pegang karet atau gagang goggle.
 - c) Letakkan di wadah yang telah disediakan untuk diproses ulang atau dalam tempat limbah infeksius.
- 3) Melepas Gaun Pelindung
- a) Ingatlah bahwa bagian depan gaun dan lengan gaun pelindung telah terkontaminasi
 - b) Lepas tali pengikat gaun.
 - c) Tarik dari leher dan bahu dengan memegang bagian dalam gaun pelindung saja.
 - d) Balik gaun pelindung.
 - e) Lipat atau gulung menjadi gulungan dan letakkan di wadah yang telah di sediakan untuk diproses ulang atau buang di tempat limbah infeksius.
- 4) Melepas Masker
- a) Ingatlah bahwa bagian depan masker telah terkontaminasi
 - b) JANGAN SENTUH.
 - c) Lepaskan tali bagian bawah dan kemudian tali/karet bagian atas.
 - d) Buang ke tempat limbah infeksius.

Penggunaan APD pada pasien harus ditetapkan melalui Standar Prosedur Operasional (SPO) di fasilitas pelayanan kesehatan terhadap pasien infeksius sesuai dengan indikasi dan ketentuan Pencegahan Pengendalian Infeksi (PPI), sedangkan penggunaan APD untuk pengunjung juga ditetapkan melalui SPO di fasilitas pelayanan kesehatan terhadap kunjungan ke lingkungan infeksius. Pengunjung disarankan untuk tidak berlama-lama berada di lingkungan infeksius.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman dan melatih keterampilan Anda mengenai materi topik 5, kerjakanlah latihan berikut:

1. Lakukanlah prosedur mencuci tangan dengan air & sabun dan dengan hand-rub
2. Demonstrasikan prosedur memakai dan melepaskan APD: masker, sarung tangan, dan gaun celemek

Anda dapat menggunakan Formulir 5.1 – 5.5 pada halaman berikut sebagai panduan untuk latihan melakukan prosedur mengurangi risiko infeksi karena pelayanan kesehatan.

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk berlatih keterampilan melakukan prosedur pengurangan risiko infeksi karena pelayanan kesehatan

- a. Bacalah prosedur/ langkah-langkah tindakan dari masing-masing tindakan
- b. Cobalah Anda melakukan sendiri dengan panduan formulir 5.1. – 5.5
- c. Setelah Anda yakin dapat melakukan tanpa melihat Formulir penilaian, mintalah teman/ Instruktur untuk mengobservasi dan menilai penampilan kerja Anda.
- d. Berlatihlah sampai Nilai Anda = 100 atau sempurna, baru lanjutkan ke prosedur lainnya.
- e. Selamat latihan...

Formulir 5.1. Penilaian keterampilan mencuci tangan dengan air dan sabun

Nama Mahasiswa: NIM: Hari/Tanggal:

No	Aspek yang dinilai	Dilakukan		
		Ya	Tidak	
Assessment (A)				
1	Periksa tangan dan jari perawat terhadap luka terpotong/abrasi			
Planningt (P)				
2	Persiapan Alat (* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"> • Bak cuci tangan dengan air kran yang mengalir* • Sabun antiseptik* • Tisu sekali pakai* 			
3	Persiapan perawat <ul style="list-style-type: none"> • Lepaskan jam tangan atau perhiasan yang menempel (misalnya cincin). Yakinkan kuku dalam keadaan bersih dan pendek • Gulung bagian lengan baju sampai di atas siku • Berdiri di depan bak cuci tangan. Tangan dan baju jangan menempel di sisi bak cuci tangan 			
Implementation (I)				
8	Hidupkan air dan basuh tangan dengan air. Hindari cipratan air mengenai baju perawat. Posisi pergelangan tangan selalu lebih rendah di bawah siku pada saat mencuci tangan			
9	Tuangkan sabun antiseptic secukupnya (kurang lebih 1-3 cc)			
10	Ratakan dengan kedua tangan			
11	Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan menggunakan tangan kanan, dan sebaliknya			
12	Gosok kedua telapak dan sela-sela jari			
13	Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci			
14	Gosok ibu jari kiri berputar dalam gengaman tangan kanan, dan lakukan sebaliknya			
15	Gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya			
16	Bilas kedua tangan dengan air			
17	Keringkan dengan tisu sampai tangan benar-benar kering			
18	Gunakan tisu yang sudah dipakai untuk melapisi pada saat menutup kran. Tangan perawat kini sudah bersih			
19	Buang tisu di tempat sampah			
Evaluation (E)				
20	Evaluasi terhadap kebersihan tangan dan kontak terhadap objek lain.			
Sikap				
21	Melakukan tindakan dengan sistematis			
22	Percaya diri			

**Format 5.2. Penilaian keterampilan: memakai dan melepaskan apd (masker)
untuk merawat pasien**

Nama Mahasiswa : NIM : Hari/Tanggal:

No	Aspek yang dinilai	Dilakukan		
		Ya	Tidak	
Assessment (A)				
1	Kaji indikasi pemakaian dan pelepasan masker			
Planningt (P)				
2	Persiapan Alat (* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"> • Masker dalam tempatnya • Bengkok • Sabun, Air mengalir, tissue/ hands rub 			
3	Persiapan perawat <ul style="list-style-type: none"> • Rambut rapih 			
Implementation (I)				
8	Memasang masker <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan dan keringkan • Cari ujung atas masker • Pegang masker pada bagian atas kedua tali atau kait • Talikan kedua tali atas secara pas di belakang atas kepala Anda. • Dengan lembut tekan bagian atas logam di atas tonjolan hidung Anda • Cuci tangan kembali 			
9	Melepaskan masker: <ul style="list-style-type: none"> • Buka kedua ikatan masker • Lipat masker di bagian tengahnya dengan kedua permukaan dalamnya bertemu. • Buang masker ke tempat khusus/ bengkok • Cuci tangan kembali 			
Evaluation (E)				
20	Evaluasi ketepatan pemakaian masker			
Sikap				
21	Melaksanakan tindakan dengan sistematis			
22	Percaya diri			

Jumlah Nilai

Keterangan: - Ya = 1 (dilakukan dengan benar) Tdk = 0 (tidak dilakukan/dilakukan kurang benar) - Kriteria Penilaian: 100 = Baik sekali/ sempurna; 81-99 = Baik; ≤ 80 = Kurang/

Format 5.3. Penilaian keterampilan: memakai dan melepaskan sarung tangan bersih untuk merawat pasien

Nama Mahasiswa: NIM:

No	Aspek yang dinilai	Dilakukan		
		Ya	Tidak	
Assessment (A)				
1	Kaji indikasi pemakaian dan pelepasan masker			
Planningt (P)				
2	Persiapan Alat (* = wajib ada) <ul style="list-style-type: none"> • Masker dalam tempatnya • Bengkok • Sabun, Air mengalir, tissue/ hands rub 			
3	Persiapan perawat <ul style="list-style-type: none"> • Rambut rapih 			
Implementation (I)				
8	Memasang masker <ul style="list-style-type: none"> • Cuci tangan dan keringkan • Cari ujung atas masker • Pegang masker pada bagian atas kedua tali atau kait • Talikan kedua tali atas secara pas di belakang atas kepala Anda. • Dengan lembut tekan bagian atas logam di atas tonjolan hidung Anda • Cuci tangan kembali 			
9	Melepaskan masker: <ul style="list-style-type: none"> • Buka kedua ikatan masker • Lipat masker di bagian tengahnya dengan kedua permukaan dalamnya bertemu. • Buang masker ke tempat khusus/ bengkok • Cuci tangan kembali 			
Evaluation (E)				
20	Evaluasi ketepatan pemakaian masker			
Sikap				
21	Melaksanakan tindakan dengan sistematis			
22	Percaya diri			

Jumlah Nilai

Keterangan: - Ya = 1 (dilakukan dengan benar) Tdk = 0 (tidak dilakukan/dilakukan kurang benar) - Kriteria Penilaian: 100 = Baik sekali/ sempurna; 81-99 = Baik; ≤ 80 = Kurang/TL

Ringkasan

SKP yang kelima adalah mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan. Pokok dari eliminasi infeksi ini maupun infeksi lain adalah cuci tangan (hand hygiene) yang tepat. Terdapat 5 momen cuci tangan, yaitu sebelum kontak dengan pasien, sebelum tindakan aseptik, setelah kontak cairan tubuh pasien, setelah kontak dengan pasien, dan setelah kontak dengan lingkungan pasien. Enam langkah cuci tangan dapat dilakukan dengan handrub selama 20 – 30 detik dan dengan air mengalir selama 40 – 60 detik.

Tugas Praktik

Kegiatan Praktikum 6: MENURUNKAN RISIKO PASIEN CIDERA AKIBAT JATUH

Sasaran keselamatan pasien (SKP) merupakan syarat yang harus diterapkan di semua fasilitas pelayanan kesehatan. Tujuan SKP adalah untuk menggiatkan perbaikan-perbaikan tertentu dalam soal keselamatan pasien (PMK. No. 11 Tahun 2017). Kita ketahui bahwa SKP yang pertama adalah meningkatkan identifikasi pasien dengan benar. Identifikasi pasien adalah suatu proses pemberian tanda atau pembeda yang mencakup nomor rekam medis dan identitas pasien dengan tujuan agar dapat membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya guna ketepatan pemberian pelayanan, pengobatan dan tindakan atau prosedur kepada pasien.

URAIAN MATERI

A. Tujuan menurunkan risiko pasien cedera akibat jatuh

1. Mencegah kejadian pasien cedera akibat jatuh.
2. Meningkatkan kewaspadaan petugas kesehatan dalam pencegahan pasien jatuh.
3. Memberikan edukasi kepada klien dan keluarga yang memiliki risiko pasien jatuh

B. Kebijakan/ prosedur untuk mengidentifikasi pasien

1. Pengkajian risiko jatuh
2. Gelang identifikasi risiko jatuh berwarna kuning
3. Pemasangan Segitiga jatuh pada brancard
4. Edukasi pencegahan jatuh: Pemberian brosur risiko jatuh kepada keluarga

Edukasi pencegahan jatuh dilakukan pada semua pasien baik pasien berisiko jatuh maupun pasien yang tidak berisiko jatuh. Jelaskan kepada pasien dan keluarga, tentang:

1. Tujuan pemakaian gelang identifikasi risiko jatuh, dan mengapa mereka harus menggunakan.

2. Hal ini memberikan kesempatan bagi mereka untuk mengidentifikasi kesalahan dan mendorong pasien dan keluarga mereka untuk berpartisipasi dalam upaya mencegah jatuh.
 3. Jelaskan bahaya untuk pasien yang menolak, melepas, menutup gelang dengan tape perban, dll
- C. Identifikasi risiko pasien jatuh wajib dilakukan pada saat
1. Pengkajian awal kepada pasien (saat pasien masuk RS)
 2. Sebelum melakukan transportasi pasien
 3. Terjadi perubahan kondisi/ pengobatan yang dapat mempengaruhi penilaian jatuh
- D. Petugas pelaku identifikasi risiko pasien jatuh: Dokter, Perawat
- E. Tatalaksana Menurunkan Risiko Pasien Cedera akibat Jatuh
1. Tatalaksana Penilaian dan Intervensi Risiko Jatuh
 - a) Get Up and Go Test

- a) Dilakukan pada pasien di Rawat Jalan dan IGD
- b) Penilaian Risiko Jatuh

Komponen Penilaian	Ya	Tidak
Perhatikan cara berjalan pasien saat akan duduk di kursi. Apakah pasien tampak tidak seimbang (sempoyongan / limbung)?		
Apakah pasien memegang pinggiran kursi atau meja atau benda lain sebagai penopang saat akan duduk?		

Tingkat Risiko:

- Tidak Berisiko: (1) & (2) tidak ditemukan
- Risiko Rendah: (1) atau (2) ditemukan
- Risiko Tinggi: (1) & (2) ditemukan

c) Intervensi:

- 1) Intervensi Jatuh Risiko Rendah: Edukasi jatuh pada pasien dan keluarga dengan memberikan brosur

2) Intervensi Jatuh Risiko Tinggi di Unit Rawat Jalan

- Edukasi jatuh dengan memberikan brosur Edukasi Mencegah Jatuh kepada pasien dan keluarganya
- Memasang pitakuning pada tangan pasien.
- Jelaskan pada pasien dan keluarga tujuan pemasangan pita. Jelaskan kepada pasien dan keluarga untuk melepas pita kuning setelah keluar dari area RS, kemudian disimpan bersama brosur edukasi jatuh dan kartu kontrol untuk dibawa setiap kali kontrol ke RS.

3) Intervensi Jatuh Risiko Tinggi di IGD

- Memberikan brosur risiko jatuh kepada pasien dan keluarga
- Memasang pitakuning pada tangan pasien. Saat di ruang emergent/urgent dilakukan penilaian ulang tiap shift, kemudian pita risiko diganti dengan klip risiko warna kuning.
- Memasang segitiga jatuh di brancard/ tempat tidur pasien

2. Fall Morse Scale

- a. Dilakukan pada pasien dewasa (>18 tahun s.d. <60 tahun) di ruang Rawat Inap
- b. Penilaian Risiko Jatuh: Fall Morse Scale

No	Risiko	Skala	Skor
1	Riwayat jatuh yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak: Ya:	0 25
2	Diagnosis Medis Sekunder >1	Tidak: Ya:	0 15
3	Menggunakan alat bantu jalan: <ul style="list-style-type: none">• Bed rest/ dibantu perawat• Penopang/ tongkat/ walker• Furnitur		0 15 30
4	Menggunakan infus	Tidak: Ya:	0 25
5	Cara berjalan/ berpindah Normal/ Bed rest/ imobilisasi Lemah Terganggu		0 15 30

6	Status mental : Orientasi sesuai kemampuan diri Lupa keterbatasan diri		0 15
Jumlah			

Tingkat Risiko :

- Tidak Berisiko bila skor 0-24 : lakukan perawatan yang baik
- Risiko Rendah bila skor 25-50 : lakukan perawatan yang baik
- Risiko Tinggi bila skor >50 : lakukan perawatan yang baik

c. Intervensi :

1) Intervensi Jatuh Standar untuk Risiko Rendah :

- Tingkatkan observasi bantuan yang sesuai saat ambulasi
- Keselamatan lingkungan : hindari lingkungan yang kacau balau, dekatkan bel dan telepon, gunakan penerangan yang cukup pada malam hari, posisi tempat tidur rendah, terpasang penghalang tempat tidur/ side rail, roda tempat tidur harus selalu terkunci.
- Monitor kebutuhan pasien. Keluarga menemani pasien yang berisiko jatuh
- Edukasi perilaku untuk mencegah jatuh pada pasien dan keluarga, tempatkan standing akrilik di meja pasien
- Gunakan alat bantu jalan (walker, handrail)
- Lakukan penilaian ulang skor jatuh bila ada perubahan kondisi atau pengobatan

2) Intervensi Jatuh Risiko Tinggi

- Pasang pitakuning atau klip risiko jatuh pada pasien.
- Pasang tanda peringatan risiko jatuh kuning pada tempat tidur pasien
- Lakukan intervensi jatuh standar
- Strategi mencegah jatuh dengan penilaian jatuh yang lebih detail seperti analisa cara berjalan
- Tempatkan pasien di dekatnursestation
- Pastikan handrali kokoh dan mudah dijangkau oleh pasien
- Siapkan alat bantu jalan

- Gunakan karpet anti slip/ tidak licin di lantai kamar mandi
- Dampingi pasien bila ke kamar mandi/toilet, jangan tinggalkan sendirian di kamar mandi/toilet, informasikan cara penggunaan bel di kamar mandi/toilet untuk memanggil perawat, pintu kamar mandi/toilet jangan dikunci
- Lakukan penilaian ulang risiko jatuh tiap shift

3. Skala Risiko Jauh pada Lanjut Usia

- Dilakukan pada pasien lanjut usia (>60 tahun) di ruang Rawat Inap
- Penilaian Risiko Jatuh Pasien Geriatri:

No	Risiko	Skala	Skor
1	Gangguan gaya berjalan (diseret, menghentak, berayun)	4	
2	Pusing/ pingsan pada posisi tegak	3	
3	Kebingungan setiap saat	3	
4	Nokturia/ inkontinen	3	
5	Kebingungan intermiten	2	
6	Kelemahan umum	2	
7	Obat-obat berisiko tinggi (diuretik, narkotik, sedatif, anti psikotik, laksatif, vasodilator, antiaritmia, anti hipertensi, obat hipoglikemik, antidepresan, neuroleptik, NSAID)	2	
8	Riwayat jatuh dalam waktu 12 bulan sebelumnya	2	
9	Osteoporosis	1	
10	Gangguan pendengaran dan/atau penglihatan	1	
11	Usia 70 tahun keatas	1	
Jumlah			

Tingkat Risiko : - Risiko Rendah: skor 1-3

- Risiko Tinggi : skor > 4

c. Intervensi :

1) Intervensi Jatuh Risiko Rendah :

- Melakukan penilaian ulang skor jatuh bila ada perubahan kondisi atau pengobatan
- Edukasi perilaku untuk mencegah jatuh pada pasien dan keluarga disertai pemberian brosur

2) Intervensi Jatuh Risiko Tinggi

- a) Pasang pita kuning atau klip risiko jatuh pada pasien.
- b) Pasang tanda peringatan risiko jatuh kuning pada tempat tidur pasien
- c) Mengkomunikasikan risiko jatuh pasien kepada Dokter Penanggung jawab Praktik (DPJP) • Mengkomunikasikan risiko jatuh pasien kepada pasien dan/atau keluarga serta memberikan brosur edukasi pencegahan jatuh
- d) Motivasi keluarga untuk berpartisipasi dalam upaya pencegahan pasien jatuh
- e) Tempatkan pasien di dekat nursestation
- f) Monitor kebutuhan pasien secara berkala (minimal tiap 2 jam), jadwalkan ke toilet secara teratur.
- g) Pastikan handrail kokoh dan mudah dijangkau oleh pasien
- h) Siapkan di dekat tempat tidur pasien : alat bantu jalan/ fasilitas kebutuhan pasien
- i) Anjurkan kepada pasien untuk menggunakan walker untuk membantu stabilitas berjalan
- j) Gunakan karpet anti slip/ tidak licin di lantai kamar mandi, dan siapkan tempat duduk jika diperlukan
- k) Keselamatan lingkungan : hindari lingkungan yang kacau balau, dekatkan bel dan telepon, gunakan penerangan yang cukup pada malam hari, posisi tempat tidur rendah, terpasang penghalang tempat tidur/ side rail, roda tempat tidur harus selalu terkunci.
- l) Dampingi pasien bila ke kamar mandi/toilet, jangan tinggalkan sendirian di kamar mandi/toilet, informasikan cara penggunaan bel di kamar mandi/toilet untuk memanggil perawat, pintu kamar mandi/toilet jangan dikunci
- m) Pakaikan kaus kaki atau alas kaki yang tidak licin untuk pasien
- n) Kolaborasi dengan :
 - Farmasi klinik untuk kemungkinan interaksi obat

- Rehabilitasi medik untuk masalah mobilitas atau aktivitas harian yang baru
- o) Berikan edukasi mengenai perilaku yang lebih aman saat jatuh atau proses transportasi/ transfer pasien

4. Humpty Dumty Scale

a) Dilakukan pada pasien anak (usia 0-18 tahun) di ruang Rawat Inap

b) Penilaian Risiko Jatuh Pasien anak: Humpty Dumty Scale

No	Parameter	Kriteria	Skor	Skor
1	Umur	<ul style="list-style-type: none"> • Di bawah 3 tahun • 3-7 tahun • 7-13 tahun • >13 tahun 	4 3 2 1	
2	Jenis Kelamin	<ul style="list-style-type: none"> • Laki-laki • Perempuan 	2 1	
3	Diagnosis	<ul style="list-style-type: none"> • Kelainan neurologi • Perubahan dalam oksigenasi (masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop/ sakit kepala, dll) • Kelainan psikis/ perilaku • Diagnosis lain 	4 3 2 1	
4	Gangguan Kognitif	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak sadar terhadap keterbatasan (Gangguan kesadaran, retardasi mental) • Lupa keterbatasan (Anak-anak yang hiperaktif) • Mengetahui kemampuan diri 	3 2 1	
5	Faktor lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> • Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi-anak • Pasien menggunakan alat bantu/ box/ furnitur • Pasien berada di tempat tidur • Di luar area pasien 	4 3 2 1	
6	Respon thd pembedahan/ sedasi/ anestesi	<ul style="list-style-type: none"> • Dalam 24 jam • Dalam 48 jam • >48 jam 	3 2 1	
7	Penggunaan obat	<ul style="list-style-type: none"> • Berbagai macam obat yg digunakan: sedatif (kecuali pasien ICU yg 	3	

		menggunakan sedasi dan paralisis), hipnotik, Barbiturat, Fenotiazin, Anti-depresan, Laksans/ diuretika, Narkotik		
		<ul style="list-style-type: none"> • Salah satu dari pengobatan di atas • Pengobatan lain 	2	1
Jumlah				

Keterangan:

Skor minimal : 7

Skor maksimal : 23

Tingkat Risiko

- Risiko Rendah : skor 7-11
- Risiko Tinggi : skor > 12

c) Intervensi :

1) Intervensi Jatuh Standar Risiko Rendah :

- Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
- Atur posisi tempat tidur rendah dan dalam kondisi terkunci
- Tempatkan pengaman di tempat tidur dengan 2 atau 4 sisi pengaman
- Pakaikan kaus kaki atau alas kaki yang tidak licin untuk pasien
- Lakukan penilaian kemampuan untuk ke kamar mandi/toilet dan berikan bantuan jika diperlukan (barthel indeks)
- Tempatkan pasien di dekat nursestation
- Lingkungan harus bebas dari kondisi yang mengandung risiko
- Memberikan penjelasan pada pasien dan keluarga
- Berikan edukasi pada pasien dan keluarga
- Lakukan penilaian ulang bila ada perubahan kondisi dan/atau pengobatan

2) Intervensi Jatuh Standar Risiko Tinggi :

- Pasang pitakuning atau klip risiko jatuh pada pasien.
- Pasang tanda peringatan risiko jatuh kuning pada tempat tidur pasien
- Lakukan penilaian ulang tiap shift
- Tempatkan pasien di dekat nursestation

- Temani pasien saat mobilisasi, atau libatkan keluarga untuk mendampingi pasien
 - Libatkan keluarga dalam membantu pasien melakukan aktivitas sehari-hari
 - Gunakan tempat tidur yang sesuai dengan tingkat perkembangan pasien.
 - Atur ketinggian tempat tidur sesuai perkembangan pasien, sebaiknya cukup rendah.
 - Pastikan handrail kokoh dan mudah dijangkau oleh pasien
5. Perubahan Kondisi/ Pengobatan yang dapat mempengaruhi Penilaian Jatuh
- a) Penurunan kesadaran
 - b) Pasien pasca jatuh
 - c) Penambahan obat-obat: Hipnotik, Barbiturat, Fenotiazin, Psikotropik, AntiDepresan, Diuretik, Narkotik, Vasodilator, Antiaritmia, Antihipertensi, Obat Hipoglikemik, Antiparkinsonian, Vestibular Supresan, Antikonvulsan, Sedatif, Analgesik, dan Obat Tetes Mata.
6. Pasien yang langsung ditetapkan mempunyai Risiko Tinggi Jatuh
- a) Pasien usia <12
 - b) Pasien di ruang perawatan intensif
 - c) Pasien pasca operasi operasi dan prosedur invasif selama dalam pengaruh sedasi
 - d) Pasien pasca prosedur mata
- F. Tata laksana pasien yang langsung dinyatakan Risiko Tinggi Jatuh
1. Pasien anak usia <12 tahun :
 - a. Rawat Jalan - tidak dipakaikan pita kuning atau diberikan brosur Edukasi Mencegah Jatuh, sehingga semua petugas harus waspada terhadap risiko jatuh pasien usia <12 tahun
 - b. IGD tidak dipakaikan pita kuning atau diberikan brosur Edukasi Mencegah Jatuh, sehingga semua petugas harus waspada terhadap risiko jatuh pasien usia <12 tahun, setelah pasien masuk kriteria rawat inap, maka

pasien dipasang gelang/klip risiko jatuh, segituga jatuh di brankard pasien dan keluarga diedukasi pencegahan jatuh, kemudian didokumentasikan

c. Unit perinatology - bayi tidak dipasang gelang/klip risiko jatuh, tetapi dipasang segituga jatuh di inkubator

2. Pasien di ruang rawat intensif - ditatalaksana dengan memasang gelang/ klip risiko jatuh, segituga jatuh, dan memastikan siderail tempat tidur selalu terpasang

a. Pasien pasca operasi dan prosedur invasif □ dipasang gelang atau klip risiko jatuh di ruang pemulihan kamar operasi atau kamar tindakan. Tatalaksana selanjutnya dilakukan di ruang rawat inap

b. Pasien pasca prosedur mata □ dipasang gelang atau klip risiko jatuh di ruang prosedur mata

G. Tatalaksana Pemakaian Gelang Pasien Risiko Jatuh

a. Semua pasien harus diidentifikasi tingkat risiko jatuhnya dengan benar pada saat pasien masuk RS, sebelum melakukan transportasi pasien, dan saat terjadi perubahan kondisi/ pengobatan yang dapat mempengaruhi penilaian jatuh.

b. Pakaikan gelang risiko jatuh di pergelangan tangan pasien yang dominan, jelaskan dan pastikan gelang terpasang dengan baik dan nyaman untuk pasien.

c. Pada pasien dengan fistula arterio-vena (pasien hemodialisis), gelang identifikasi risiko jatuh tidak boleh dipasang di sisi lengan yang terdapat fistula.

d. Jika tidak dapat dipakaikan di pergelangan tangan, pakaikan di pergelangan kaki. Pada situasi dimana tidak dapat dipasang di pergelangan kaki, gelang risiko jatuh dapat dipakaikan di baju pasien di area yang jelas terlihat. Gelang risiko jatuh harus dipasang ulang jika baju pasien diganti dan harus selalu menyertai pasien sepanjang waktu.

e. Pada kondisi tidak memakai baju, gelang risiko jatuh harus menempel pada badan pasien dengan menggunakan perekat transparan/tembus pandang. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien.

f. Gelang risiko jatuh hanya boleh dilepas apabila pasien sudah tidak berisiko jatuh.

- g. Gelang identifikasi Risiko Jatuh sebaiknya mencakup 4 detail wajib yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu:
- Nama pasien
 - Umur Pasien
 - Nomor rekam medis pasien
 - Tingkat Risiko Jatuh
- h. Nama tidak boleh disingkat. Nama harus sesuai dengan yang tertulis di rekam medis.
- i. Jangan pernah mencoret dan menulis ulang di gelang identifikasi risiko jatuh. Ganti gelang identifikasi risiko jatuh jika terdapat kesalahan penulisan data.
- j. Jika gelang identifikasi risiko jatuh terlepas, segera berikan gelang identifikasi risiko jatuh yang baru.
- k. Periksa ulang detail data di gelang identifikasi risiko jatuh sebelum dipakaikan ke pasien.
- l. Pengecekan gelang identifikasi risiko jatuh dilakukan tiap kali pergantian jaga perawat.
- m. Sebelum pasien ditransfer ke unit lain, lakukan identifikasi dengan benar dan pastikan gelang identifikasi risiko jatuh terpasang dengan baik.
- n. Unit yang menerima transfer pasien harus menanyakan ulang identitas pasien dan membandingkan data yang diperoleh dengan yang tercantum di gelang identifikasi.
- o. Pada kasus pasien yang tidak menggunakan gelang risiko jatuh:
- 1) Hal ini dapat dikarenakan berbagai macam sebab, seperti:
 - Menolak penggunaan gelang risiko jatuh
 - Gelang risiko jatuh menyebabkan iritasi kulit
 - Gelang risiko jatuh terlalu besar
 - Pasien melepas gelang risiko jatuh
 - 2) Pasien harus diinformasikan akan risiko yang dapat terjadi jika gelang risiko jatuh tidak dipakai. Alasan pasien harus dicatat pada rekam medis.

- 3) Jika pasien menolak menggunakan gelang risiko jatuh, petugas harus lebih waspada dan mencari cara lain untuk mengidentifikasi pasien risiko jatuh dengan benar.

H. Melepas Gelang Risiko Jatuh

1. Gelang untuk risiko jatuh (Gelang Kuning), hanya dilepas saat pasien sudah tidak berisiko untuk jatuh
2. Yang bertugas melepas gelang identifikasi adalah perawat yang bertanggungjawab terhadap pasien selama masa perawatan di rumah sakit (PPJP).
3. Gelang risiko jatuh yang sudah tidak dipakai harus digunting menjadi potongan-potongan kecil sebelum dibuang ke tempat sampah.
4. Terdapat kondisi-kondisi yang memerlukan pelepasan gelang identifikasi sementara (saat masih dirawat di rumah sakit), misalnya lokasi pemasangan gelang risiko jatuh mengganggu suatu prosedur. Segera setelah prosedur selesai dilakukan, gelang risiko jatuh dipasang kembali.



Gambar : (a) Segitiga risiko jatuh, (b) Gelang risiko jatuh, (c) Klip risiko jatuh

Penilaian Keterampilan

Melakukan Tindakan Pencegahan Pasien Risiko Jatuh

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
Assessment (A)				
Planningt (P)				
1	Persiapan perawat			
2	Persiapan alat : <ul style="list-style-type: none"> • Formulir penilaian risiko jatuh • Alat tulis • Gelang atau klip risiko jatuh • Segitiga jatuh • Brosur pencegahan risiko jatuh 			
3	Persiapan Lingkungan Persiapan pasien (bina hubungan saling percaya): <ul style="list-style-type: none"> • Beri salam sambil berjabat tangan • Perkenalkan diri perawat • Tanyakan nama klien • Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan • Kontrak: waktu dan tempat 			
Implementation (I)				
4	Lakukan penilaian risiko jatuh menggunakan instrument yang sesuai (berdasarkan tempat pengkajian dan kondisi pasien)			
5	Lakukan penilaian secara sistimatis			
6	Lakukan intervensi untuk mencegah pasien cedera akibat jatuh jika hasil penilaian menunjukkan pasien risiko jatuh ringan atau sedang			
Evaluation (E)				
7	Evaluasi respon subjektif & objektif klien			
8	Berikan reinforcement positif			
9	Tentukan rencana tindak lanjut			
10	Beri salam			
Dokumentasi				
11	Hasil penilaian risiko jatuh			
12	Tindakan yang sudah dilakukan: pemasangan gelang/ klip risiko jatuh			
13	segitiga jatuh, edukasi			
Sikap				
14	Tindakan dilakukan dengan sistematis			
15	Percaya diri			

Jumlah Nilai

Keterangan:

- 0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna
- Nilai 100 = sempurna;

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut:

Skenario 1:

Anda bertugas di Ruang Perawatan suatu RS. Anda diberi tugas oleh Ketua Tim Asuhan keperawatan untuk merawat 5 orang pasien yang berada di kamar 203 dan kamar 204. Ny. W berumur 72 tahun dengan diagnosa medis STEMI anterior post primary PCI 2 hari yang lalu. Keadaan umum stabil dengan kesadaran CM. Klien pernah jatuh sebanyak 2 kali dalam 6 bulan terakhir & memiliki gangguan penglihatan (katarak). Saat ini klien mendapatkan pengobatan anti hipertensi, anti aritmia, dan vasodilator. Lakukan penilaian risiko jatuh untuk pasien Ny. W dan berikan intervensi berdasarkan hasil penilaian risiko jatuh !

Petunjuk Jawaban Latihan

1. Pada skenario 1, Anda terlebih dahulu menentukan instrumen penilaian risiko jatuh yang sesuai untuk menilai pasien.

Pasien Ny. W berumur 72 tahun, maka instrument yang dipilih dan digunakan adalah instrument penilaian risiko jatuh Pasien Geriatri.

2. Selanjutnya Anda lakukan penilaian risiko jatuh menggunakan instrumen yang sesuai.

Hasil penilaian risiko jatuh pada N y. W, adalah sebagai berikut:

Format Penilaian Risiko Jatuh Pasien Geriatri

Nama Pasien : Ny W
 Tanggal lahir (Umur) : tanggal/ bulan/tahun (72 tahun)
 No. Rekam Medik : xxxxyyyyyy

No	Risiko	Skala	Skor
1	Gangguan gaya berjalan (diseret, menghentak, berayun)	4	0
2	Pusing/ pingsan pada posisi tegak	3	0
3	Kebingungan setiap saat	3	0
4	Nokturia/ inkontinen	3	0
5	Kebingungan intermiten	2	0
6	Kelemahan umum	2	2
7	Obat-obat berisiko tinggi (diuretik, narkotik, sedatif, anti psikotik, laksatif, vasodilator, antiaritmia, anti hipertensi, obat hipoglikemik, antidepresan, neuroleptik, NSAID)	2	2
8	Riwayat jatuh dalam waktu 12 bulan sebelumnya	2	2
9	Osteoporosis	1	0
10	Gangguan pendengaran dan/atau penglihatan	1	1
11	Usia 70 tahun keatas	1	1
Jumlah			8

Tingkat Risiko:

- Risiko Rendah: skor 1-3
- Risiko Tinggi: skor > 4

Score hasil penilaian jatuh Ny. W = 8 □ artinya termasuk kategori tingkat risiko tinggi

3. Setelah mendapatkan kategori risiko jatuh pada pasien, selanjutnya tentukan intervensi yang sesuai -Intervensi untuk Ny. W, adalah Intervensi Jatuh Risiko

Tinggi, sebagai berikut:

- a. Pasang pita kuning atau klip risiko jatuh pada pasien.
- b. Pasang tanda peringatan risiko jatuh kuning pada tempat tidur pasien
- c. Mengkomunikasikan risiko jatuh pasien kepada Dokter Penanggung jawab Praktik (DPJP)

- d. Mengkomunikasikan risiko jatuh pasien kepada pasien dan/atau keluarga serta memberikan brosur edukasi pencegahan jatuh
- e. Motivasi keluarga untuk berpartisipasi dalam upaya pencegahan pasien jatuh
- f. Tempatkan pasien di dekat nursestation
- g. Monitor kebutuhan pasien secara berkala (minimal tiap 2 jam), jadwalkan ke toilet secara teratur.
- h. Pastikan handrail kokoh dan mudah dijangkau oleh pasien
- i. Siapkan di dekat tempat tidur pasien : alat bantu jalan/ fasilitas kebutuhan pasien
- j. Anjurkan kepada pasien untuk menggunakan walker untuk membantu stabilitas berjalan
- k. Gunakan karpet anti slip/ tidak licin di lantai kamar mandi, dan siapkan tempat duduk jika diperlukan
- l. Keselamatan lingkungan : hindari lingkungan yang kacau balau, dekatkan bel dan telepon, gunakan penerangan yang cukup pada malam hari, posisi tempat tidur rendah, terpasang penghalang tempat tidur/ side rail, roda tempat tidur harus selalu terkunci.
- m. Dampingi pasien bila ke kamar mandi/toilet, jangan tinggalkan sendirian di kamar mandi/toilet, informasikan cara penggunaan bel di kamar mandi/toilet untuk memanggil perawat, pintu kamar mandi/toilet jangan dikunci
- n. Pakaikan kaus kaki atau alas kaki yang tidak licin untuk pasien
- o. Kolaborasi dengan:
 - Farmasi klinik untuk kemungkinan interaksi obat

- Rehabilitasi medik untuk masalah mobilitas atau aktivitas harian yang baru
- p. Berikan edukasi mengenai perilaku yang lebih aman saat jatuh atau proses transportasi/ transfer pasien
4. Lakukan latihan/ simulasi keterampilan melakukan tindakan pencegahan pasien risiko jatuh!
- a. Gunakan Formulir Penilaian Keterampilan untuk prosedur tindakan pencegahan pasien risiko jatuh.
 - b. Minta teman Anda untuk mengobservasi keterampilan Anda dalam melakukan pencegahan risiko jatuh.
 - c. Lakukan terus latihan sampai dengan semua aspek yang dinilai mendapat nilai 2 (dilakukan dengan sempurna) (lihat contoh cara pengisian hasil observasi keterampilan)
 - d. Berikan hasil latihan dan observasi teman Anda kepada pembimbing/ instruktur, lalu mintalah buatlah kontrak waktu untuk ujian/ penilaian oleh pembimbing.

Hasil penilaian keterampilan

Penilaian Keterampilan: Prosedur Tindakan Pencegahan Pasien Risiko Jatuh

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
Tahap Prainteraksi				
Planningt (P)				
1	Persiapan perawat			
2	Persiapan alat : <ul style="list-style-type: none"> • Formulir penilaian risiko jatuh • Alat tulis • Gelang atau klip risiko jatuh • Segitiga jatuh • Brosur pencegahan risiko jatuh 			
3	Persiapan Lingkungan Tahap Orientasi <ul style="list-style-type: none"> • Beri salam sambil berjabat tangan • Perkenalkan diri perawat • Tanyakan nama klien • Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan • Kontrak: waktu dan tempat 			
4	Tahap Kerja <ul style="list-style-type: none"> • Bina hubungan saling percaya • Lakukan penilaian risiko jatuh menggunakan instrumen yang sesuai (berdasarkan tempat pengkajian dan kondisi pasien) • Lakukan penilaian secara sistematis 			
5	Lakukan intervensi untuk mencegah pasien cedera akibat jatuh jika hasil penilaian menunjukkan pasien memiliki risiko jatuh ringan atau sedang : <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi Risiko Jatuh • Pemasangan Gelang/ klip risiko jatuh pada pasien • Pemasangan segitiga risiko jatuh di tempat tidur pasien 			
6	Tahap Terminasi <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi respon subjektif dan objektif klien • Berikan reinforcement positif • Tentukan rencana tindak lanjut Beri salam terapeutik 			
Dokumentasi				
7	Catat hasil penilaian risiko jatuh			
8	Catat tindakan yang sudah dilakukan : pemasangan gelang/ klip risiko jatuh, segitiga jatuh, edukasi			

Jumlah Nilai

Keterangan:

Ringkasan

Setelah selesai mempelajari topik di atas dapat kita simpulkan bahwa:

1. Menurunkan Risiko Pasien Jatuh merupakan salah satu bagian dari IPSPG, yaitu IPSPG keenam
2. Kegiatan menurunkan risiko pasien jatuh harus dilaksanakan pada seluruh ruang di rumah sakit, baik di ruang gawat darurat, ruang rawat jalan/ poliklinik, maupun ruang rawat inap.
3. Penilaian risiko jatuh pada pasien dapat dilakukan dengan beberapa instrumen, berdasarkan pada lokasi dan usia pasien. Intervensi kepada pasien yang berisiko jatuh dilakukan berdasarkan kategori risiko jatuh yang didapatkan dari penilaian sebelumnya

Tugas Praktik

1. Skenario 2: Anda bertugas di Ruang Perawatan suatu RS. Ketua Tim Asuhan keperawatan memberikan tugas kepada Anda untuk merawat 6 orang pasien yang berada di kamar 109. Tn. R berumur 32 tahun dengan diagnosa medis fraktur femur kiri post operasi ORIF hari ke4. Pasien masuk RS Karena KLL. Saat ini keadaan umum pasien stabil dengan kesadaran CM, terpasang infus RL. Klien saat ini sudah mulai belajar menggunakan kruk. Latihan: Lakukan penilaian risiko jatuh untuk pasien Tn. R dan berikan intervensi berdasarkan hasil penilaian risiko jatuh !
2. Skenario 3: Anda bertugas di Ruang Perawatan Anak suatu RS. Ketua Tim Asuhan Keperawatan memberikan tugas kepada Anda untuk merawat 5 orang pasien yang berada di kamar 10. An. K (laki-laki) berumur 12 tahun dengan diagnosa medis ALL pro Kemoterapi siklus II. Saat ini keadaan umum pasien sedang dengan kesadaran CM. Klien terpasang infus KA-EN 3A dan rencana transfusi darah karena Hb 7. Klien mengeluh pusing dan hanya tiduran di tempat tidur. Lakukan penilaian risiko jatuh untuk pasien An. K dan berikan intervensi berdasarkan hasil penilaian risiko jatuh !

Petunjuk Mengerjakan Tugas Praktika 6, Skenario 1, 2 dan 3:

Pada skenario 2 dan 3 Anda terlebih dahulu menentukan instrumen penilaian risiko jatuh yang sesuai untuk menilai pasien, selanjutnya Anda lakukan penilaian risiko jatuh menggunakan instrumen yang sesuai (Penilaian risiko jatuh pada Lansia/ Dewasa/ Anak-anak/ di Unit Rawat Jalan atau IGD) . Setelah mendapatkan kategori risiko jatuh pada pasien, selanjutnya tentukan intervensi yang sesuai. Terakhir lakukan simulasi keterampilan melakukan tindakan pencegahan pasien risiko jatuh !

1. Usia pasien pasien pada scenario 2: 32 tahun Gunakan penilaian risiko jatuh pasien dewasa
2. Nilai risiko jatuh = ? termasuk risiko rendah/ sedang/ tinggi?
3. Intervensi :?
4. Minta bantuan teman untuk Observasi keseluruhan tindakan pencegahan pasien jatuh yang Anda lakukan dengan menggunakan formulir penilaian berikut.

Formulir 1. Penilaian pelaksanaan keterampilan: melakukan tindakan pencegahan pasien risiko jatuh

No	Aspek yang dinilai	Nilai		
		0	1	2
Tahap Prainteraksi				
1	Persiapan perawat			
2	Persiapan alat : <ul style="list-style-type: none"> • Formulir penilaian risiko jatuh • Alat tulis • Gelang atau klip risiko jatuh • Segitiga jatuh • Brosur pencegahan risiko jatuh 			
3	Persiapan Lingkungan			
4	Tahap Orientasi <ul style="list-style-type: none"> • Beri salam sambil berjabat tangan • Perkenalkan diri perawat • Tanyakan nama klien • Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan Kontrak: waktu dan tempat			
5	Tahap Kerja <ul style="list-style-type: none"> • Bina hubungan saling percaya • Lakukan penilaian risiko jatuh menggunakan instrumen yang sesuai (berdasarkan tempat pengkajian dan kondisi pasien) • Lakukan penilaian secara sistematis • Lakukan intervensi untuk mencegah pasien cedera akibat jatuh jika 			
6	Lakukan intervensi untuk mencegah pasien cedera akibat jatuh jika hasil penilaian menunjukkan pasien memiliki risiko jatuh ringan atau sedang : <ul style="list-style-type: none"> • Edukasi Risiko Jatuh • Pemasangan Gelang/ klip risiko jatuh pada pasien • Pemasangan segitiga risiko jatuh di tempat tidur pasien 			
7	Tahap Terminasi <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi respon subjektif dan objektif klien • Berikan reinforcement positif • Tentukan rencana tindak lanjut Beri salam terapeutik 			
Dokumentasi				
8	Catat hasil penilaian risiko jatuh			
9	Catat tindakan yang sudah dilakukan : pemasangan gelang/ klip risiko jatuh, segitiga jatuh, edukasi			

Jumlah Nilai

Keterangan:

0= tidak dilakukan; 1= dilakukan tetapi tidak sempurna; 2= dilakukan dengan sempurna - Nilai 100 = sempurna; Nilai 81-99 = Baik; < 80 = Tidak lulus

Formulir 2.
Penilaian pasien risiko jatuh di rawat jalan dan IGD

Komponen Penilaian	Ya	Tidak
1. Perhatikan cara berjalan pasien saat akan duduk di kursi. Apakah pasien tampak tidak seimbang (sempoyongan / limbung)?		
2. Apakah pasien memegang pinggiran kursi atau meja atau benda lain sebagai penopang saat akan duduk?		

Tingkat Risiko :

- Tidak Berisiko : (1) & (2) tidak ditemukan
- Risiko Rendah : (1) atau (2) ditemukan
- Risiko Tinggi : (1) & (2) ditemukan

Formulir 3. Penilaian risiko jatuh pada pasien dewasa (>18 tahun s.d. <60 tahun) di ruang rawat inap (fall morse scale)

No	Risiko	Skala	Skor
1	Riwayat jatuh yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak: 0 Ya ; 25	
2	Diagnosis Medis Sekunder >1	Tidak: 0 Ya ; 15	
3	Menggunakan alat bantu jalan: <ul style="list-style-type: none"> • Bed rest/ dibantu perawat • Penopang/ tongkat/ walker • Furnitur 	0 15 30	
4	Menggunakan infus		
5	Cara berjalan/ berpindah <ul style="list-style-type: none"> • Normal/ Bed rest/ imobilisasi • Lemah • Terganggu 	0 15 30	
6	Status mental : <ul style="list-style-type: none"> • Orientasi sesuai kemampuan diri • Lupa keterbatasan diri 	0 15	
Jumlah			

Tingkat Risiko :

- Tidak Berisiko bila skor 0-24 : lakukan perawatan yang baik
- Risiko Rendah bila skor 25-50 : lakukan perawatan yang baik
- Risiko Tinggi bila skor >50 : lakukan perawatan yang baik

Formulir 4.

Penilaian Risiko Jatuh Pasien Anak (Usia 0-18 Tahun) Di Ruang Rawat Inap (Humpty Dumty Scale)

No	Parameter	Kriteria	Skor	Skor
1	Umur	<ul style="list-style-type: none"> • Di bawah 3 tahun • 3-7 tahun • 7-13 tahun • >13 tahun 	4 3 2 1	
2	Jenis Kelamin	<ul style="list-style-type: none"> • Laki-laki • Perempuan 	2 1	
3	Diagnosis	<ul style="list-style-type: none"> • Kelainan neurologi • Perubahan dalam oksigenasi (masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop/ sakit kepala, dll) • Kelainan psikis/ perilaku • Diagnosis lain 	4 3 2 1	
4	Gangguan Kognitif	<ul style="list-style-type: none"> • Tidak sadar terhadap keterbatasan (Gangguan kesadaran, retardasi mental) • Lupa keterbatasan (Anak-anak yang hiperaktif) • Mengetahui kemampuan diri 	3 2 1	
5	Faktor lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> • Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi-anak • Pasien menggunakan alat bantu/ box/ furnitur • Pasien berada di tempat tidur • Di luar area pasien 	4 3 2 1	
6	Respon thd pembedahan/ sedasi/ anestesi	<ul style="list-style-type: none"> • Dalam 24 jam • Dalam 48 jam • >48 jam 	3 2 1	
7	Penggunaan obat	<ul style="list-style-type: none"> • Berbagai macam obat yg digunakan: sedatif (kecuali pasien ICU yg menggunakan sedasi dan paralisis), hipnotik, Barbiturat, Fenotiazin, Anti-depresan, Laksans/ diuretika, Narkotik • Salah satu dari pengobatan di atas • Pengobatan lain 	3 2 1	
Jumlah				

Kegiatan Praktikum 7:

IDENTIFIKASI BAHAYA DI RUMAH SAKIT

A. Tujuan

1. Mengetahui bahaya-bahaya yang ada di Rumah Sakit
2. Dapat menilai risiko yang timbul saat bekerja di rumah sakit
3. Mengetahui mitigasi.kontrol terhadap bahaya-bahaya tersebut

B. Alat dan Bahan

1. Alat tulis, kerta dan alat untuk menulis
2. Jas praktikum

C. Petunjuk praktikum

1. Setelah minta izin kepada direktur rumah sakit, lakukan pengamatan di rumah sakit
2. Cari tahu pekerjaan apa yang dilakukan dan bahan-bahan apa yang digunakan
3. Pilih minimal 2 rumah sakit dengan aktivitas yang berbeda
4. Setelah mendata bahaya-bahaya yang ada di rumah sakit, kemudian cari tahu peralatan yang digunakan untuk mengatasi bahaya-bahaya tersebut (misalnya alat, APD, , dara kerja dll)
5. Setelah selesai mendata, silaahkan melakukan Analisa apakah yang harus dilakukan untuk mengatasi bahaya-bahaya tersebut atau meminimalkan risiko yang mungkin timbul

LEMBAR KERJA PRAKTIKUM

Judul Praktikum:

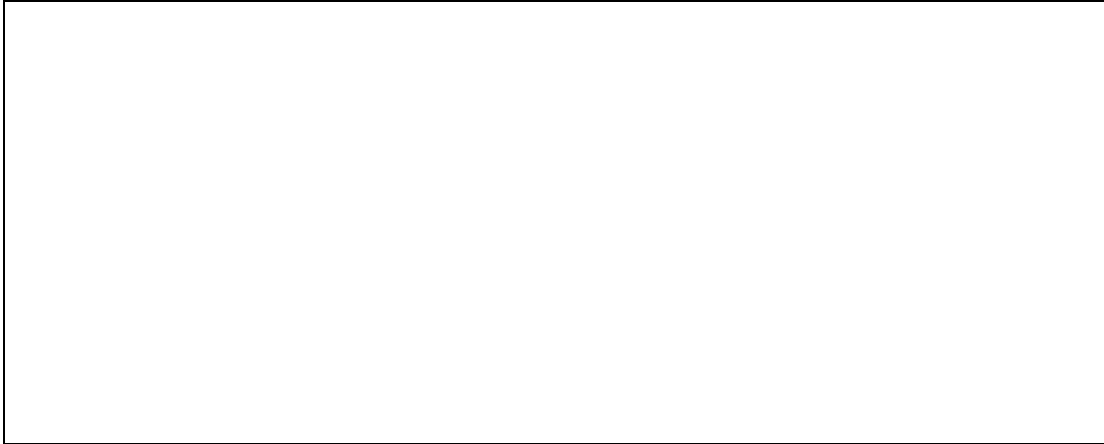
Tujuan :

Alat dan Bahan :

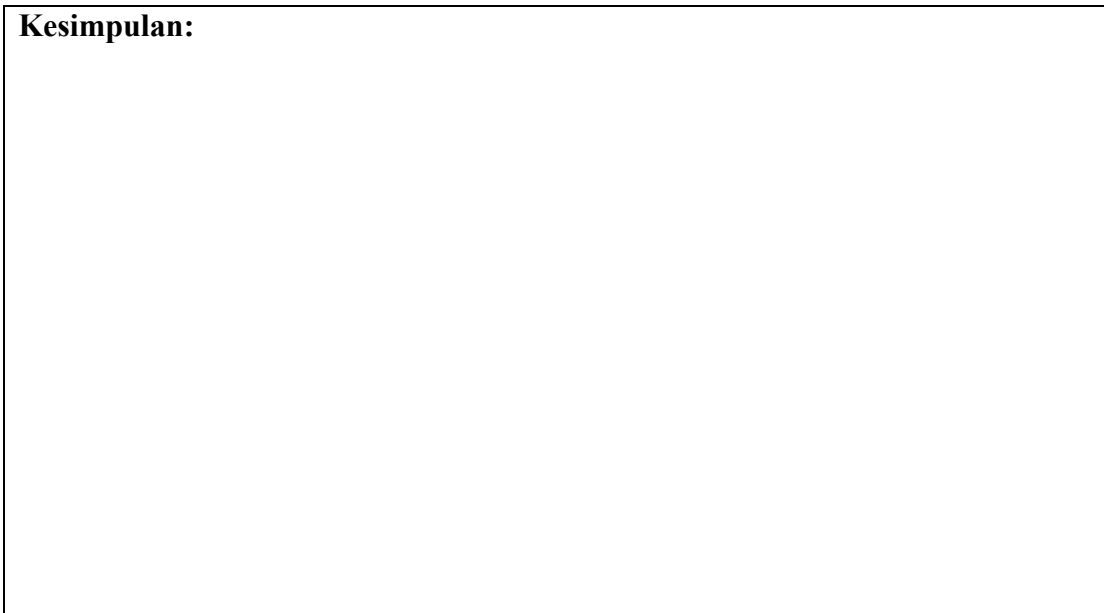
Cara Kerja :

Hasil Pengamatan:

Pembahasan:



Kesimpulan:



Tanda tangan mahasiswa

Asisten Praktikum

()

()

PENUTUP

Keselamatan dan Kesehatan kerja adalah (K3) adalah suatu kondisi kerja yang terbebas dari risiko kecelakaan yang dapat mengakibatkan cedera penyakit, kerusakan serta gangguan lingkungan. Keselamatan dan Kesehatan kerja bertujuan melindungi pekerja atas keselamatannya agar dapat mengakibatkan produktifitas yang baik. Menjamin semua pekerja yang beradadi tempat kerja menjaga dan merawat sumber sumber produksi secara aman dan efisien. Rumah sakit merupakan tempat kerja yang berpotensi tinggi terhadap terjadinya kecelakaan.

Adanya bahan mudah terbakar, gas medis radiasi dan bahan kimia yang membutuhkan perhatian serius terhadap keselamatan pasien, staf, dan umum. Risiko adalah besarnya kerugian atau kemungkinan terjadi korban manusia, kerusakan dan kerugian ekonomi yang disebabkan oleh bahaya tertentu di suatu daerah pada suatu waktu tertentu. Sedangkan hazard merupakan suatu kondisi secara alamiah maupun karena ulah manusia yang berpotensi menimbulkan kerusakan atau kerugian jiwa manusia.

Bahaya berpotensi menimbulkan bencana tetapi tidak semua bahaya selalu menjadi bencana Dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, tentu perawat tidak akan pernah terlepas dari risiko dan bahaya. Untuk itu ada beberapa hal yang dapat dilakukan untuk mencegah risiko dan bahaya terhadap proses keperawatan, dimana kita sebagai seorang perawat harus berhati-hati dalam melakukan asuhan keperawat.

Kami berharap bahwa pengetahuan yang diperoleh dari modul ini dapat diaplikasikan dalam praktik klinis di masa depan, baik itu dalam lingkup rumah sakit, pusat kesehatan, atau di masyarakat. Selain itu, kami mendorong untuk terus memperdalam pemahaman melalui pengalaman praktik dan pendidikan kontinu.

DAFTAR PUSTAKA

- Endriani, S. (2012) Panduan identifikasi pasien.
https://www.academia.edu/keypass/PANDUAN_IDENTIFIKASI_PASIEN. Diperoleh 14 Agustus 2017.
- Hasri, E. T. (2015). Peningkatan Keamanan High-Alert Medication.
<https://www.mutupelayanankesehatan.net/index.php/component/content/article/1680>
<https://www.mutupelayanankesehatan.net/index.php/component/content/article/1680>
<https://www.google.com/search?q=gambar+5+moment+hand+hygiene&tbm=isch&imgil>
http://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_Why_How_and_When_Brochure.pdf
- Kementerian Ristekdikti. (2015). Modul pelatihan untuk pelatih keselamatan pasien. <http://fk.ui.ac.id/uncategorized/e-book-modul-pelatihan-untuk-pelatihkeselamatan-pasien.html> Nurdiana dan Sulistyani, D. Ed. (2016). Buku saku keperawatan. Jakarta: Bidang Keperawatan RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo
- NHS Foundation Trust. (2015). Patient Identification Policy..
http://www.southernhealth.nhs.uk/_resources/assets/inline/full/0/71283.pdf
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien.
- World Health Organization. (2011). WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi Professional Edition.
(http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44641/26/9789241501958_ind.pdf) Diterbitkan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pada tahun 2011 Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan. (2015). Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien Edisi Multi-Profesional.

IPSG 2 Peningkatan komunikasi yang efektif.

https://www.scribd.com/document/242148577/Komunikasi-SBAR-TBAK?doc_id=242148577&download=true&order=437759807

Pedoman obat high alert. https://dlscrib.com/download/pedoman-obat-highalert_58afcc2d6454a7406ab1e8d9_pdf