

ISBN : 978-602-5982-73-6

BUKU AJAR
MANAJEMEN K3

DALAM
K E P E R A W A T A N

Fajar Adhie Sulisty



PENERBIT STIKES WIJAYA HUSADA BOGOR

BUKU AJAR

MANAJEMEN K3 DALAM KEPERAWATAN

Penulis : Ns. Fajar Adhie Sulisty, S.Kep., M.Kes

ISBN : 978-602-5982-73-6

Editor : Normalisari, S.Kom

Penyunting : Ns. Nining Fitrianingsih, S.Kep., M.Kes

Penerbit : STikes Wijaya Husada Bogor

Redaksi : Jl. Letjend Ibrahim Adjie No. 180, Sindang Barang,
Bogor Telp. (0251) 8327396

Email : wijayahusada@gmail.com

Cetakan Pertama, 2020

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara
apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmaanirrahiim

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan karunia, taufiq, hidayah, kesehatan, kekuatan serta kesempatan sehingga penulis mampu menyelesaikan buku ajar yang berjudul “Manajemen K3 Dalam Keperawatan” ini.

Penulis patut berterima kasih yang setinggi-tingginya kepada segenap pimpinan STIKes Wijaya Husada Bogor, serta ketua LPPM STIKes Wijaya Husada Bogor yang telah memberikan kesempatan dan dukungan kepada penulis untuk menyusun sebuah buku ajar.

Dalam penyusunan buku ajar ini penulis menyadari bahwa buku ajar ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis senantiasa mengharapkan masukan dalam bentuk apapun untuk perbaikan buku ini. Dan semoga dapat menambah kesempurnaan pada buku ini.

Bogor, Agustus 2020

Penulis

DAFTAR ISI

COVER	1
KATA PENGANTAR.....	2
DAFTAR ISI.....	3
BAB I MANAJEMEN DAN KEPEMIMPINAN DALAM KEPERAWATAN	6
A. Definisi Manajemen.....	6
B. Definisi Manajemen Keperawatan.....	7
C. Prinsip Yang Mendasari Manajemen Keperawatan.....	8
D. Fungsi Manajemen Dalam Keperawatan	9
E. Tipe Manajemen Keperawatan	10
F. Standar Pelaksanaan Penetapan Tim Manajemen Keperawatan	11
G. Bentuk Evaluasi Manajemen Keperawatan	11
BAB II RUANG LINGKUP K3.....	13
A. Ruang Lingkup K3.....	13
B. Tujuan Kesehatan Dan Keselamatan Kerja (K3).....	21
BAB III K3 DALAM KEPERAWATAN	24
A. K3 Dalam Keperawatan.....	24
B. Pentingnya K3 Dalam Keperawatan.....	25
C. Manfaat Dan Tujuan K3 Dalam Keperawatan.....	25
D. Etika Perawat Dalam Menjalankan K3.....	27
E. Program K3 Dalam Keperawatan	28
BAB IV KONSEP DASAR K3: SEHAT, KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA, RISIKO & HAZARD DALAM PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN	

.....	32
A. Konsep Sehat	32
B. Konsep Keselamatan Dan Kesehatan Kerja.....	33
C. Resiko Hazard Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan	35

BAB V KONSEP KESELAMATAN PASIEN 41

A. Apa Itu Keselamatan Pasien	41
B. Tujuan Keselamatan Pasien	43
C. Prinsip Keselamatan Pasien	44
D. Tujuh Langkah Keselamatan Pasien.....	47
E. Konsep Keselamatan Pasien	48
F. Kebijakan Keselamatan Pasien	49
G. Standar-Standar Keselamatan Pasien.....	49
H. Sasaran Keselamatan Pasien	52
I. Mengapa Bahaya Pada Pasien Bisa Terjadi.....	57
J. Kemungkinan Yang Terjadi Jika Fasilitas Kesehatan Tidak Menertapkan Patient Safety	58
K. Langkah-Langkah Yang Diperlukan Dalam Menjaga Keselamatan Pasien	60
L. Sistem Keselamatan Pasien.....	61
M. Istilah Insiden Keselamatan Pasien.....	64
N. Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keselamatan pasien	65
O. Program keselamatan pasien.....	68
P. Keselamatan dan kualitas adalah konsep yang berkelanjutan.....	69

BAB VI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN 71

A. Definisi Budaya Keselamatan Pasien	71
B. Manfaat Budaya Keselamatan Pasien.....	73
C. Dimensi Budaya Keselamatan Pasien.....	74
D. Survey Budaya Keselamatan Pasien.....	79

PENUTUP.....	82
DAFTAR PUSTAKA.....	83

BAB I

MANAJEMEN DAN KEPEMIMPINAN DALAM KEPERAWATAN

A. DEFINISI MANAJEMEN

Manajemen berasal dari kata *manage to man* yang berarti mengatur atau mengelola, sedangkan kata *man* berarti manusia. Jadi ketika dua kata tersebut digabungkan menjadi suatu kalimat. Manajemen berarti mengatur atau mengelola manusia. Manajemen adalah suatu proses dalam mengelola sumber daya untuk mencapai tujuan organisasi serta sebagian solusi dan opsi dalam menghadapi permasalahan yang di hadapi oleh organisasi atau lembaga tertentu.

Sedangkan menurut beberapa ahli mengemukakan mengenai definisi manajemen di antaranya:

1. Menurut Malayu S.P Hasibuan, manajemen adalah ilmu dan seni mengatur proses pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber-sumber lain secara efektif dan efisien untuk mencapai suatu tujuan
2. Amirulloh Haris Budiono, manajemen mengacu pada suatu proses mengkoordinasi dan mengintegrasikan kegiatan-kegiatan kerja agar di selesaikan secara efektif dan efisien melalui orang lain
3. Goerge R. Terry dan Leslie W.Rue, manajemen adalah suatu proses atau kerangka kerja yang melibatkan bimbingan atau pengarahan terhadap suatu kelompok ke arah tujuan organisasional atau maksud-maksudnya.

Dari beberapa definisi yang di kemukakan oleh para ahli, bisa kita ambil esensi dari manajemen adalah sebagai langkah yang paling tepat dalam menyelesaikan setiap pekerjaan dengan waktu yang efektif dan efisien serta memiliki tujuan dan capaian yang jelas. Secara sederhana manajemen ini terdiri dari 3 unsur yaitu sumber daya, proses dan tujuan yang akan saling memengaruhi.

B. DEFINISI MANAJEMEN KEPERAWATAN

Manajemen berasal dari kata to manage yang artinya mengatur atau mengelola atau mengurus. Beberapa ahli manajemen mengemukakan pengertian manajemen dari sudut pandang yang berbeda, antara lain Mary Parker Follet mendefinisikan manajemen sebagai seni menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain. Definisi ini berarti bahwa seorang manajer bertugas mengatur dan mengarahkan orang lain untuk mencapai tujuan organisasi. Sedangkan Ricky W. Griffin mendefinisikan manajemen sebagai sebuah proses perencanaan, pengorganisasian, pengkoordinasian, dan pengontrolan sumber daya untuk mencapai tujuan secara efektif dan efisien. Efektif artinya bahwa tujuan dapat dicapai sesuai dengan perencanaan, dan efisien artinya bahwa tugas yang ada dilaksanakan secara benar, terorganisir dan sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan (Supinganto, A., et al. 2002).

Manajemen keperawatan adalah suatu bentuk koordinasi dan integrasi sumber-sumber keperawatan dengan menerapkan proses manajemen untuk mencapai tujuan dan objektivitas asuhan keperawatan (Huber, 2000). Manajemen keperawatan adalah suatu proses perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan dan pengawasan untuk mencapai tujuan (Kelly dan Heidental, 2004). Proses manajemen dibagi menjadi lima tahap, yaitu perencanaan, pengorganisasian, kepersonaliaan, pengarahan, dan pengendalian (Marquis dan Huston, 2010).

Manajemen keperawatan adalah proses kerja setiap perawat untuk memberikan pengobatan dan kenyamanan terhadap pasien. Tugas manajer keperawatan adalah merencanakan, mengatur, mengarahkan, dan mengawasi keuangan yang ada, peralatan dan sumber daya manusia untuk memberikan pengobatan yang efektif dan ekonomis pada pasien (Gillies, 2020).

C. PRINSIP YANG MENDASARI MANAJEMEN KEPERAWATAN

Terdapat beberapa prinsip yang mendasar manajemen keperawatan adalah:

1. Manajemen keperawatan berlandaskan perencanaan karena melalui fungsi perencanaan. Pemimpin dapat menurunkan risiko pengambilan keputusan, pemecah masalah yang efektif dan terencana.
2. Manajemen keperawatan dilaksanakan melalui penggunaan waktu yang efektif. Manajer keperawatan menghargai waktu untuk menyusun perencanaan yang terprogram dengan baik dan melaksanakan kegiatan sesuai dengan waktu yang telah di tentukan sebelumnya.
3. Manajemen keperawatan akan melibatkan pengambilan keputusan berbagai situasi maupun permasalahan yang terjadi dalam pengelolaan kegiatan keperawatan memerlukan pengambilan keputusan di berbagai tingkat manajerial.
4. Memenuhi kebutuhan asuhan keperawatan pasien merupakan fokus perhatian manajer keperawatan dengan mempertimbangkan apa yang pasien lihat, pikir, yakini, dan ingini. Kepuasan pasien merupakan poin utama dari sebuah tujuan keperawatan.
5. Manajemen keperawatan harus terorganisir, pengorganisasian dilakukan sesuai dengan kebutuhan organisasi untuk mencapai tujuan.

6. Pengarahan merupakan elemen kegiatan manajemen keperawatan yang meliputi proses pendelegasian, supervisi, koordinasi, dan pengendalian pelaksanaan rencana yang telah diorganisasikan.
7. Manajer keperawatan yang baik adalah manajer yang dapat memotivasi staf untuk memperlihatkan penampilan kerja yang baik.
8. Manajemen keperawatan menggunakan komunikasi yang efektif. Komunikasi efektif ini dapat mengurangi kesalahpahaman dan memberikan persamaan pandangan arah dan pengertian di antara bawahan.
9. Pengembangan staf penting untuk dilaksanakan sebagai upaya mempersiapkan perawat untuk menduduki posisi yang lebih tinggi ataupun upaya manajer untuk meningkatkan pengetahuan karyawan.
10. Pengendalian merupakan elemen manajemen keperawatan yang meliputi penilaian tentang pelaksanaan rencana yang telah dibuat, pemberian instruksi, dan menetapkan prinsip-prinsip melalui penetapan standar, membandingkan penampilan dengan standar dan memperbaiki keuangan (Mugianti, 2016).
11. Memenuhi peran dan meningkatkan produktivitas keperawatan (Sumarna, A.,et al. 2019).

D. FUNGSI MANAJEMEN DALAM KEPERAWATAN

Menurut Marquis and Huston (2014), fungsi manajemen adalah:

1. Perencanaan
2. Pengorganisasian
3. Staffing
4. Pengarahan
5. Pengontrolan

Fungsi manajemen ini saling terkait satu sama lain.

E. TIPE MANAJEMEN KEPERAWATAN

dalam setiap realitasnya bahwa manajemen dalam melaksanakan proses manajemen keperawatannya terjadi adanya suatu perbedaan antara satu dengan yang lainnya. Terdapat beberapa tipe dari manajemen keperawatan, yaitu sebagai berikut:

1. Tipe manajemen pribadi (personal management)

Di dalam sistem tipe kepemimpinan ini yaitu segala tindakan dilakukan dengan mengadakan kontak pribadi yang dilakukan secara lisan atau langsung.

2. Tipe manajemen non pribadi (nonpersonal management)

Tipe manajemen ini dilaksanakan melalui bawahan atau media non pribadi baik rencana, perintah, atau pengawasan.

3. Tipe manajemen otoriter (authoritarian management)

Tipe manajemen ini biasanya dilaksanakan dengan cara bekerja keras, sungguh-sungguh, teliti dan tertib.

4. Tipe manajemen demokratis (demokratis management)

Tipe manajemen ini merupakan bagian dari kelompok yang berusaha bertanggung jawab tentang pelaksanaan tugas untuk tujuan bersama.

5. Tipe manajemen paternalistik (paternalistic management)

Tipe manajemen ini didirikan karena suatu pengaruh yang bersifat kepatuhan dalam hubungan antara pimpinan dan kelompok.

6. Tipe manajemen menurut bakat (indigenous management)

Tipe manajemen ini biasanya timbul pada orang yang bersifat informal dan mungkin berlatih dengan adanya sistem kompetisi (Sumarna, A., et al, 2019).

F. STANDAR PELAKSANAAN PENETAPAN TIM MANAJEMEN KEPERAWATAN

Beberapa standar yang ditetapkan tim manajemen keperawatan adalah melaksanakan manajemen keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Peran manajer

Peran manajer dapat memengaruhi faktor motivasi dan lingkungan (Nursalam, 2014).

2. Peran kepala ruangan

Peran kepala ruangan disebuah ruang keperawatan yaitu perlu melakukan koordinasi kegiatan unit yang menjadi tanggung jawabnya dan melakukan kegiatan evaluasi kegiatan pemberian asuhan keperawatan kerja dari staf. (Arwani, dan Supriyatno. 2005).

3. Lini dan staf

Lini menunjukan kekuasaan supervisi langsung terhadap bawahannya. Kerja staf di rumah sakit umumnya di hubungkan dengan pangarahan atau pemberian saran. Di bagian perawat, kepuasan ini di laksanakan oleh manajer yang bertanggung jawab terhadap pelatihan dan pendidikan.

G. BENTUK EVALUASI MANAJEMEN KEPERAWATAN

Tahap akhir dari proses manajerial yaitu melakukan evaluasi seluruh kegiatan yang telah di laksanakan. Pada tahap ini manajemen akan memberikan nilai seberapa jauh staf mampu melaksanakan tugasnya dan mengidentifikasi faktor-faktor yang menghambat dan mendukung dalam pelaksanaan.

Berikut merupakan langkah-langkah dalam melakukan evaluasi, yaitu sebagai berikut:

1. Menentukan kriteria, standar dan pertanyaan evaluasi
2. Mengumpulkan data baru tentang klien
3. Menafsirkan data baru
4. Membandingkan data baru dengan standar yang berlaku
5. Merangkum hasil dan membuat kesimpulan
6. Melaksanakan tindakan yang sesuai berdasarkan kesimpulan

Setelah dilakukan evaluasi, berikut beberapa jenis hasil evaluasi yang akan di dapatkan yaitu sebagai berikut:

1. Tujuan tercapai

Evaluasi dikategorikan dengan tujuan tercapai apabila klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang telah di tetapkan.

2. Tujuan tercapai sebagian

Evaluasi dikategorikan dengan tujuan tercapai sebagian apabila klien menunjukkan sebagian dari standar dan kriteria yang telah ditetapkan.

3. Tujuan tidak tercapai

Evaluasi dikategorikan dengan tujuan tidak tercapai apabila klien tidak menunjukkan perubahan dan kemajuan sama sekali dan bahkan timbul masalah baru (Kuncoro, 2010).

BAB II

RUANG LINGKUP K3

A. RUANG LINGKUP K3

Keselamatan dan kesehatan memiliki hubungan yang sangat erat tetapi memiliki arti yang berbeda. Keselamatan kerja akan berhubungan dengan perlindungan terhadap kesejahteraan fisik dan psikologis individu yang berada dilingkungan kerja dan berkaitan dengan pekerjaan. Sedangkan kesehatan adalah kondisi umum baik secara fisik, mental dan emosional. Berdasarkan definisi lainnya, keselamatan diartikan sebagai suatu kondisi atau situasi selamat ketika melakukan suatu aktivitas kerja, sedangkan keamanan adalah kondisi melindungi dari adanya suatu marabahaya yang diakibatkan oleh orang-orang yang tidak berwenang. Sehingga, keamanan kerja diartikan sebagai suatu unsur yang mendukung terciptanya suasana kerja yang aman secara materiil ataupun non materiil. Menurut *Occupational Health and Safety Assessment Series* (OHSAS) 18001:2007 sebagai suatu standar internasional penerapan sistem Manajemen Keselamatan Dan Kesehatan kerja di tempat kerja, keselamatan dan kesehatan kerja diartikan sebagai suatu pemikiran dan upaya yang digunakan untuk menjamin keutuhan dan kesempurnaan secara jasmani dan rohani untuk tenaga kerja.

International Association Of Safety Professional, konsep K3 terbagi menjadi 8 yaitu:

1. K3 menjadi tanggung jawab suatu moral atau etik

2. K3 bukan hanya program yang dijalankan untuk mendapat penghargaan dan sertifikat, tetapi menjadi cerminan budaya dalam suatu organisasi/perusahaan
3. Manajemen perusahaan menjadi penanggungjawab utama K3, dan dapat didelegasikan beruntun ke tingkat lebih bawah
4. Seluruh karyawan wajib dilatih untuk keselamatan kerja
5. Tempat kerja yang sesuai adalah tempat kerja yang aman dan mendukung keselamatan
6. Seluruh tindakan yang menyebabkan kecelakaan dapat diketahui penyebabnya dan dapat dicegah
7. Program K3 dibuat berdasarkan kondisi dan kebutuhan ditempat kerja berdasarkan sumber potensi penyebab kecelakaan dan ketidakselamatan kerja
8. Program K3 yang baik akan memberikan manfaat bagi perusahaan dan bukan sebagai pemborosan.

Keterkaitan antara keselamatan kerja dan kesehatan kerja akan menentukan status kesehatan para pekerja, dimana hal tersebut ditentukan oleh 4 faktor, yaitu:

1. Lingkungan baik secara fisik (alami maupun buatan), kimia (organik, anorganik, debu), biologi (virus, bakteri, mikroorganisme), dan sosial budaya (kondisi perekonomian, pendidikan, pekerjaan)
2. Perilaku seperti sikap, kebiasaan dan tingkah laku
3. Pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif
4. Genetik yang didasarkan pada faktor bawaan manusia.

Keselamatan dan kesehatan kerja bertujuan untuk memberikan derajat kesehatan yang tinggi baik secara fisik, mental, sosial yang dilakukan dengan adanya preventif dan kuratif terhadap suatu gangguan kesehatan, yang diakibatkan oleh suatu

pekerjaan, lingkungan kerja serta terhadap penyakit umum. Selain itu tujuan yang lain adalah untuk melindungi pekerja dari hak untuk mendapatkan keselamatan saat menjalankan pekerjaan dan memelihara sumber produksi agar dapat digunakan dengan aman dan efisien. Peraturan Menteri Kesehatan No.60 tahun 2016 menjelaskan program K3 bertujuan untuk mengurangi adanya kecelakaan, kerusakan dan segala bentuk kerugian kepada manusia, atau yang berhubungan dengan alat, objek kerja, tempat kerja, lingkungan secara langsung dan tidak langsung.

Bahaya keselamatan dan kesehatan kerja ditinjau dari dampak korban yaitu kategori A (potensi bahaya yang menimbulkan risiko dampak panjang pada kesehatan), kategori B (potensi bahaya yang menimbulkan risiko langsung pada keselamatan), kategori C (potensi risiko terhadap kesejahteraan atau kesehatan sehari-hari), kategori D (potensi bahaya yang menimbulkan risiko pribadi dan psikologis).

1. Kategori A

Kasus bahaya K3 ini akan muncul jika individu melakukan kontak dengan sesuatu yang dapat menyebabkan gangguan, kerusakan tubuh atau dapat menyebabkan suatu penyakit akibat pajanan sumber bahaya ditempat kerja. Kategori A menggambarkan potensi bahaya yang berasal dari lingkungan kerja seperti faktor kimia, fisika, biologis, ergonomis dan psikologis. Faktor kimia yang dimaksud adalah ketika pekerja kontak langsung dengan bahan kimia seperti gas, debu, asap atau lainnya. Pekerja dapat saja menghirup, menelan, terserap dalam kulit atau kontak invasif. Hal ini dapat dilakukan dengan mengukur kadar bahan kimia yang masih jika terkontak dengan pekerja sehingga tidak melampaui nilai ambang batas (NAB), mengenali, menilai dan mengendalikan risiko kimia dengan memasang alat pembuangan seperti polutan, menyediakan alat pelindung diri seperti respirator, sarung tangan, serta menyediakan lembar data keselamatan,

membuat label. Bahaya faktor fisika yang ada ditempat kerja seperti kebisingan, cahaya, getaran, iklim kerja dan lainnya, dan hal tersebut dapat dihasilkan dari proses produksi. Tempat kerja yang sempit, ventilasi terbatas akan memberikan kondisi stress, lelah, dehidrasi dan kondisi lainnya.

Bahaya faktor biologis contohnya adanya virus, bakteri, mikroorganisme, fungi, serta patogen bawaan darah yang dapat menyebabkan adanya gangguan pada kesehatan fisik dan bisa saja menular dari pekerja satu dengan lainnya. Hal ini dapat dicegah dengan melakukan pemeriksaan secara rutin dan berkala serta memberikan imunisasi pada para pekerja. Bahaya faktor ergonomi berhubungan dengan pengaturan tempat kerja, sistem dan produk agar sesuai dengan penggunaannya dan memastikan kenyamanan pada pekerja. Contoh intervensi yang dapat dilakukan adalah dengan mendesain tempat duduk yang cukup dan sesuai bagi pekerja.

2. Kategori B

Kategori ini akan berhubungan dengan kejadian yang berpotensi menyebabkan cedera dengan segera. Kondisi tersebut disebabkan karna adanya prosedur kerja yang tidak aman, atau tidak tersedia atau tidak dilakukan dengan sesuai. Faktor yang berhubungan dengan kejadian ini dikelompokkan menjadi 5, yaitu faktor manusia (tindakan tidak sesuai dengan prosedur), faktor material (adanya paparan tak terduga dari zat beracun), faktor peralatan (alat tidak terjaga baik, adanya kerentanan terhadap kegagalan yang membuat celaka), faktor lingkungan (suhu, kelembapan, kebisingan, udara, pencahayaan), serta faktor proses (risiko yang timbul dari proses produksi yang berlangsung seperti panas, debu, bising, asap, dan lainnya).

3. Kategori C

Hal ini berhubungan dengan abainya ketersediaan fasilitas kerja karena dianggap tidak memiliki dampak langsung pada produktivitas kerja. Fasilitas yang harus tersedia difasilitas kerja seperti akses untuk minum, toilet, tempat cuci, kantin, P3K, serta ruang ibu menyusui dan anak bisa menunggu orang tuanya dalam menyelesaikan pekerjaan.

4. Kategori D

Kategori D mengatur bahwa suatu tempat kerja perlu menciptakan tempat dimana para pekerja merasa aman dan dihormati seperti melindungi kesejahteraan diri, martabat dan mental pekerja. Kasus K3 yang sering masuk dalam kategori D ini adalah pelecehan dan penganiayaan. Pelecehan biasanya dilakukan oleh orang yang berkuasa atau memiliki wewenang kepada orang yang memiliki posisi kurang kuat. Bentuk pelecehan yang dapat terjadi berupa penyerangan dan pemerkosaan secara seksual, pelecehan fisik (mencubit, mencium, merangkul), pelecehan verbal (penghinaan, merendahkan), pelecehan gesture (gerakan bernada seksual seperti menjilati bibir, berkedip-kedipan, gerakan tangan yang merangsang), pelecehan tertulis atau grafik (menampilkan materi pornografi, pelecehan melalui tulisan di email, atau bentuk komunikasi lainnya), serta pelecehan emosional (diskriminatif).

Tabel Potensi Bahaya Umum Di Tempat Kerja

Potensi Bahaya	Jenis Risiko	Dampak K3
Potensi Bahaya Fisik	Bising, getaran, cahaya, suhu, kelembapan, radiasi, listrik, benda tajam, debu	Kepanasan, stress, gangguan mata, kedinginan, kesetrum, tertusuk, terluka, kanker

Potensi Bahaya Biologi	Lalat, kecoa, tikus, nyamuk, kucing, anjungan tumbuhan beracun, mikroorganisme, virus, bakteri, jamur	Diare, malaria, demam berdarah, rabies, typoid, TORCH, dermatitis, asma, alergi, TBC, hepatitis, HIV-AIDS
Potensi Bahaya Kimia	Cairan desinfektan, merkuri, pelarut, gas, debu silica, pestisida	Dermatitis, kanker, iritasi selaput mukosa, gangguan jalan nafas, gangguan paru
Ergonomi	Posisi tubuh statis, mengangkat, mendorong, gerakan berulang-ulang, postur tubuh janggal	Gangguan otot dan tulang atau gangguan muskuloskeletal akibat kerja
Potensi Bahaya Psikososial	Hubungan yang kurang harmonis antar pekerja, hubungan atasan dan bawahan, beban kerja, shift kerja, perbedaan persepsi	Stress kerja, kelelahan, kecelakaan kerja, gangguan pekerjaan, migrain, penurunan nafsu makan, gangguan sosialisasi, depresi

Sumber: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2012)

Bahaya K3 yang ada menunjukkan bahwa perlu adanya penanganan K3 dan pengendalian potensi bahaya dengan melakukan pendekatan sistem. Pendekatan sistem K3 dapat menggunakan sistem manajemen K3. Manajemen K3 merupakan bagian dari suatu tempat kerja meliputi dari adanya struktur organisasi, perencanaan,

pelaksanaan, tanggung jawab prosedur, proses dan sumber daya yang dibutuhkan bagi pengembangan, penerapan, pencapaian, pengkajian dan pemeliharaan kebijakan keselamatan dan kesehatan kerja. penerapan sistem manajemen K3 berpedoman pada 5 prinsip dasar yaitu adanya komitmen dan kebijakan, perencanaan, penerapan, pengukuran dan evaluasi serta adanya peninjauan ulang dan peningkatan oleh pihak manajemen.

Proses komitmen dan kebijakan dilakukan oleh pimpinan perusahaan dan harus dilakukan peninjauan secara berkala. Proses ini wajib melibatkan semua pekerja dan semua orang yang berada di wilayah lingkungan kerja. Komitmen K3 dilakukan dengan:

1. Menempatkan organisasi K3 pada proses strategis dalam penentuan keputusan perusahaan
2. Penyediaan anggaran dan tenaga kerja yang berkualitas serta sarana lain bidang K3
3. Penetapan personil yang bertanggung jawab dan memiliki kewenangan serta kewajiban yang jelas dalam penanganan K3
4. Melakukan perencanaan K3
5. Menilai kinerja dan melakukan tindak lanjut proses pelaksanaan K3.

Pimpinan perusahaan perlu melakukan adanya tinjauan awal terhadap kondisi kesehatan dan keselamatan kerja dengan melakukan identifikasi kondisi, identifikasi sumber bahaya, penilaian pengetahuan terkait K3, tinjauan sebab akibat kejadian yang mungkin dapat membahayakan, serta melakukan penilaian efisiensi dan efektifitas sumber daya yang telah disediakan. Temuan yang di dapatkan akan menjadi bahan informasi dalam pembentukan perencanaan dan pengembangan sistem manajemen K3. Kebijakan K3 yang telah terbentuk perlu di sosialisasikan dan di bentuk dalam

suatu pernyataan tertulis dimana akan ditandatangani oleh pengusaha atau pengurus yang memuat keseluruhan visi dan tinjauan perusahaan, komitmen pelaksanaan, kerangka dan program kerja. Kebijakan yang telah tertulis bersifat dinamik dan dapat selalu di tinjau ulang sebagai peningkatan kinerja K3.

Pembuatan program perencanaan K3 perlu dilakukan secara efektif dan harus secara jelas dapat diukur. Semua hal yang memuat tujuan, sasaran, indikator kerja perlu mempertimbangkan hasil identifikasi bahaya, pemahaman peraturan perundang-undangan serta memerlukan jangka waktu pencapaian. Sistem K3 yang diterapkan harus mempertimbangkan sumber daya yang ada, sarana prasarana yang tersedia, kompetensi kerja, ketentuan komunikasi dalam menyampaikan informasi K3, pembuatan peraturan sebagai pelaksanaan konsultasi, serta perlu adanya integrasi dengan sistem manajemen yang ada di perusahaan tersebut. Peningkatan K3 akan berjalan efektif jika semua pihak yang ada di wilayah kerja dapat berperan serta, mendukung dan memberikan kontribusi. Pimpinan juga perlu melakukan konsultasi dengan melibatkan tenaga kerja sehingga memiliki tanggung jawab yang sama. Pemimpin juga perlu menyediakan adanya pelatihan K3 bagi seluruh pekerja.

Pelatihan K3 harus dilakukan dengan melakukan orientasi pada pekerja seperti menjelaskan tentang:

1. Prosedur darurat
2. Lokasi pertolongan pertama
3. Tanggung jawab K3
4. Pelaporan cedera, kondisi tidak aman dan tindakan tidak aman
5. Penggunaan alat pelindung diri (APD)
6. Hak untuk menolak pekerjaan yang berbahaya

7. Bahaya termasuk diluar area kerja mereka
8. Alasan untuk setiap aturan K3

Semua hal ini perlu di sosialisasikan kepada semua yang berada di wilayah tempat kerja (baik internal maupun eksternal) termasuk pekerja baru, pekerja magang, supervisor, dan manajer.

B. TUJUAN KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA (K3)

Perusahaan membuat program K3 agar para pekerjanya terhindar dari bahaya atau kecelakaan akibat pekerjaan yang ditimbulkan. Apabila pekerja tertib dengan peraturan K3 yang diterapkan dapat meminimalisir kecelakaan yang terjadi. Kesehatan dan keselamatan kerja bertujuan untuk menjamin kesempurnaan atau kesehatan jasmani dan rohani tenaga kerja serta hasil karya dan budayanya (Buntarto,2015).

Secara singkat, ruang lingkup kesehatan, keselamatan dan keamanan kerja adalah sebagai berikut:

1. Memelihara lingkungan kerja yang sangat singkat
2. Mencegah dan mengobati kecelakaan yang disebabkan akibat pekerjaan sewaktu bekerja.
3. Mencegah dan mengobati keracunan yang ditimbulkan dari kerja
4. Memelihara moral, mencegah, dan mengobati keracunan yang timbul dari kerja
5. Menyesuaikan kemampuan dengan pekerjaan
6. Merehabilitasi pekerja yang cedera atau sakit akibat pekerjaan

Keselamatan kerja mencakup pencegahan kecelakaan kerja dan perlindungan terhadap tenaga kerja dari kemungkinan terjadinya kecelakaan sebagai akibat dari kondisi kerja yang tidak aman dan atau tidak sehat. Syarat-syarat kesehatan dan

keselamatan kerja yang diterapkan sejak tahap pengoperasian produksi dilakukan yang berakibat atau mengandung kecelakaan kerja.

Adapun yang menjadi tujuan keselamatan kerja menurut Burtanto (2015) adalah sebagai berikut:

1. Melindungi tenaga kerja atas hak keselamatannya dalam melakukan pekerjaan untuk kesejahteraan hidup dan meningkatkan produksi serta produktivitas nasional.
2. Menjamin keselamatan setiap orang lain yang berada di tempat kerja
3. Memelihara sumber produksi dan menggunakannya secara aman dan efisien
4. Memelihara moral, mencegah, dan mengobati keracunan yang timbul dari kerja.
5. Menyesuaikan kemampuan dengan pekerjaan
6. Merehabilitasi pekerja yang cedera atau sakit akibat pekerjaan.

Sedangkan Widodo (2015) tujuan dari keselamatan dan kesehatan kerja antara lain:

1. Mendapat jaminan keselamatan dan kesehatan kerja fisik, sosial dan psikologis bagi pekerja
2. Alat dan bahan dapat digunakan sebaik-baiknya
3. Menjamin keamanan dari produk yang dihasilkan
4. Menjamin pemeliharaan dan peningkatan gizi untuk pekerja
5. Meningkatkan semangat dan partisipasi dalam bekerja
6. Meminimalisir adanya gangguan kesehatan yang diakibatkan oleh lingkungan kerja
7. Menjamin keamanan dan perlindungan bagi pekerja

Tujuan umum penerapan kesehatan dan keselamatan kerja (K3) antara lain yaitu menciptakan lingkungan kerja yang sehat dan nyaman dengan melakukan

penilaian secara kualitatif dan kuantitatif dan menciptakan kondisi yang sehat bagi karyawan, keluarga dan masyarakat sekitarnya melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Promosi kesehatan ditempat kerja menurut WHO adalah berbagai kebijakan dan aktivitas ditempat kerja yang dirancang untuk membantu pekerja dan perusahaan di semua level untuk memperbaiki dan meningkatkan kesejahteraan dengan melibatkan partisipasi pekerja, manajemen dan stakeholders lainnya. Upaya promotif K3 dilakukan untuk meningkatkan kesehatan (health promotion) dan perlindungan khusus (Nasution,2020).

BAB III

K3 DALAM KEPERAWATAN

A. K3 DALAM KEPERAWATAN

Keselamatan menjadi isu global dan terangkum dalam lima isu penting yang terkait di rumah sakit yaitu keselamatan pasien, keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas. Keselamatan lingkungan yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan bisnis rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan terkait dengan isu mutu dan citra perumahsakit. Gerakan (Patient Safety) keselamatan pasien telah menjadi spirit dalam pelayanan rumah sakit seluruh dunia tidak hanya rumah sakit di negara maju yang menerapkan keselamatan pasien untuk menjamin mutu pelayanan, tetapi juga rumah sakit di negara berkembang seperti di Indonesia (Depkes, 2006).

Standar Kesehatan dan Keselamatan Kerja di RS (K3RS) perlu ditetapkan untuk mencegah dan mengurangi risiko kecelakaan dan penyakit akibat kerja di RS. Demi terciptanya jaminan keselamatan kerja maka diperlukan pelayanan strategis yang profesional serta prosedur kerja yang tetap, tidak hanya tergantung pada peraturan-peraturan yang mengayominya dan finansial yang diberikan, melainkan banyak faktor yang harus ikut terlibat, diantaranya adalah pelaksanaan organisasi. Suatu organisasi yang berhasil dapat diukur dengan melihat pada sejauh mana organisasi tersebut dapat mencapai tujuannya. Pelaksanaan K3 di RS dapat dinilai dari keefektivitasan organisasi K3 tersebut (Kun dwi apriliawati, 2017).

B. PENTINGNYA K3 DALAM KEPERAWATAN

Kecelakaan adalah kejadian tidak terduga yang disebabkan oleh tindakan tidak aman dan kondisi tidak aman (Heinrich, 1930). Sebagian besar (85%) kecelakaan disebabkan oleh faktor manusia dengan tindakan yang tidak aman. Tindakan tidak aman (unsafe action) adalah tindakan yang dapat membahayakan pekerja itu sendiri maupun orang lain yang dapat menyebabkan terjadinya kecelakaan yang dapat disebabkan oleh berbagai hal.

Perawat merupakan petugas kesehatan dengan presentasi terbesar dan memegang peranan penting dalam pemberian pelayanan kesehatan. Dalam menjalankan tugasnya perawat berisiko mengalami gangguan kesehatan dan keselamatan kerja (K3). Perilaku manusia terdiri dari faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yaitu karakteristik dari individu yang bersangkutan yang bersifat bawaan sedangkan faktor eksternal yaitu faktor yang berasal dari luar diri seseorang (Notoatmodjo, 2010). Berdasarkan hasil penelitian dapat disimpulkan bahwa sebagian besar perawat pelaksana memiliki perilaku yang baik dalam penerapan manajemen Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) baik ditinjau dari faktor internal (52.5%) maupun faktor eksternal (58.8%).

Pelayanan keperawatan yang berkualitas menjadi faktor penentu tingkat kepuasan pasien. Pelayanan keperawatan yang diberikan semakin baik akan meningkatkan kepuasan pasien (Cahyadi & Mudayana, 2014; Wulandari, 2015). Pelayanan keperawatan sebagai lini terdepan berperan sangat tinggi atas kepuasan yang diterima pasien (Philip, 2014).

C. MANFAAT DAN TUJUAN K3 DALAM KEPERAWATAN

Ruang lingkup Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) harus tetap berada di semua lini kegiatan, baik di sektor formal maupun non formal, sebab potensi ancaman bahaya kecelakaan dan kesehatan kerja selalu akan mengancam dimanapun berada.

Rumah sakit merupakan tempat kerja yang memiliki risiko tinggi terhadap keselamatan dan kesehatan sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit.

Tujuan K3 adalah mencegah, mengurangi, bahkan menihilkan resiko penyakit dan kecelakaan akibat kerja (KAK) serta meningkatkan derajat kesehatan para pekerja sehingga produktivitas kerja meningkat.⁷ Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, upaya kesehatan kerja ditunjukkan untuk melindungi pekerja agar hidup sehat dan terbebas dari gangguan kesehatan serta pengaruh buruk yang diakibatkan oleh pekerjaan sehingga sudah seharusnya pihak pengelola RS menerapkan upaya-upaya K3 di RS.

Program keselamatan pasien ini memberikan berbagai manfaat bagi rumah sakit antara lain:

1. Adanya kecenderungan “Green Product” produk yang aman di bidang industri lain seperti halnya menjadi persyaratan dalam berbagai proses transaksi, sehingga suatu produk menjadi semakin laris dan dicari masyarakat.
2. Rumah Sakit yang menerapkan keselamatan pasien akan lebih mendominasi pasar jasa bagi Perusahaan-perusahaan dan Asuransi-asuransi dan menggunakan Rumah Sakit tersebut sebagai provider kesehatan karyawan/klien mereka, dan kemudian di ikuti oleh masyarakat untuk mencari Rumah Sakit yang aman.
3. Kegiatan Rumah Sakit akan lebih memfokuskan diri dalam kawasan keselamatan pasien.

D. ETIKA PERAWAT DALAM MENJALANKAN K3

Perawat (nurse) berasal dari bahasa latin yaitu kata *nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Menurut kusnanto (20023), perawat adalah seseorang (seorang profesional) yang mempunyai kemampuan, tanggung jawab dan kewenangan melaksanakan pelayanan atau asuhan keperawatan pada berbagai jenjang pelayanan keperawatan.

Perawat merupakan petugas kesehatan dengan presentasi terbesar dan memegang peranan penting dalam pemberian pelayanan kesehatan. Dalam menjalankan tugasnya perawat berisiko mengalami gangguan kesehatan dan keselamatan kerja (K3).

Dalam literatur keperawatan dikatakan bahwa etika dimunculkan sebagai moralitas, pengakuan kewenangan, kepatuhan pada peraturan, etikasosial, loyal pada rekan kerja serta bertanggung jawab dan mempunyai sifat kemanusiaan. Menurut Cooper (1991) dalam Potter dan Perry (1997), etika keperawatan dikaitkan dengan hubungan antar masyarakat dengan karakter serta sikap perawat terhadap orang lain. etika keperawatan merupakan standar acuan untuk mengatasi segala macam masalah yang dilakukan oleh praktisi keperawatan terhadap para pasien yang tidak mengindahkan dedikasi moral dalam pelaksanaan tugasnya (Amelia,2013). Etika keperawatan merujuk pada standar etik yang menentukan dan menuntun perawat dalam praktek sehari-hari (Fry, 1994).

Keselamatan dan kesehatan kerja RS merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan RS, khususnya dalam hal kesehatan dan keselamatan bagi sumber daya manusia (SDM) RS, pasien, pengunjung/pengantar pasien, dan masyarakat sekitar RS. K3 termasuk sebagai salah satu standar pelayanan yang dinilai di dalam akreditasi RS, disamping standar pelayanan lainnya.

Tanggung jawab erat kaitannya dengan tugas-tugas perawat. Tugas perawat secara umum adalah memenuhi kebutuhan dasar serta mengutamakan dan mengoptimalkan keselamatan pasien. Oleh karena itu, asuhan keperawatan sangat menentukan kualitas dari perawat.

Sikap dan tanggung jawab yang sesuai dengan etika keperawatan merupakan salah satu bentuk sikap dan perilaku perawat yang bisa menjalankan konsep K3 di rumah sakit. Selain sikap tanggung jawab, perawat juga memiliki sikap yang bijak dalam mengambil keputusan yang didukung oleh pengetahuan yang dimiliki setiap perawat. Oleh sebab itu para perawat dan tenaga medis lainnya berhasil untuk menjalankan manajemen K3 di rumah sakit dengan benar.

E. PROGRAM K3 DALAM KEPERAWATAN

K3 menjadi salah satu poin penting dalam dunia kerja termasuk di wilayah sektor penyedia jasa pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, klinik, atau lainnya. Angka kejadian kecelakaan kerja di wilayah penyedia jasa pelayanan kesehatan lebih besar dan lebih terdengar dibandingkan ditempat kerja lainnya. Hal ini menjadi salah satu tuntutan dari berbagai pihak tidak terkecuali pekerja yang berada di wilayah tersebut termasuk perawat. Perawat menjadi salah satu pekerja yang memiliki presentase terbesar di rumah sakit dan melakukan kontak langsung dengan pasien dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan. Perawat dituntut untuk dapat bertanggung jawab dalam tindakan yang diberikan kepada pasien, mengoptimalkan kesehatan dan keselamatan pasien (*patient safety*). Tak jarang sering kali kita mendengar beberapa kasus kelalaian terjadi pada perawat. Risiko kegagalan yang biasanya sering dilaporkan terutama di ruang lingkup keperawatan seperti adanya ketidaksengajaan tertusuk jarum suntik bekas, terpapar virus langsung dari pasien,

atau juga tersentuh oleh cairan yang berasal dari pasien infeksius. Hal-hal ini bisa dialami akibat ketidaksengajaan, pelaksanaan yang tidak teliti, perencanaan yang kurang sempurna hingga adanya ketidakpatuhan untuk melaksanakan sesuai dengan standar operasional prosedur kerja.

Berdasarkan beberapa kasus yang dialami oleh perawat, maka pada tahun 2016, terbentuk organisasi profesi perawat pekerja (*Occupational health nurses/OHN*) yaitu Himpunan Perawat Kesehatan Kerja Indonesia (Perkesja) yang secara langsung disahkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Perawat OHN akan berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan, penemu kasus, konsultan serta peneliti.

Berdasarkan peran yang diemban oleh perawat OHN, maka fungsi dari perawat OHN adalah sebagai berikut:

1. Melakukan supervisi terhadap kesehatan para pekerja
2. Melakukan pengawasan terhadap lingkungan yang ada di wilayah kerja atau pekerja
3. Mencegah terjadinya kasus kecelakaan kerja
4. Mencegah terjadinya gangguan atau masalah kesehatan akibat kerja
5. Melakukan penatalaksanaan masalah kesehatan yang berhubungan atau tidak berhubungan dengan pekerjaan, kecelakaan ditempat kerja, serta pelayanan kesehatan dasar
6. Mengatur dan berkoordinasi terkait upaya pertolongan pertama yang dapat dilakukan di wilayah kerja
7. Melakukan promosi kesehatan dan mencegah masalah kesehatan ditempat kerja
8. Melakukan kegiatan konseling bagi para pekerja

9. Melakukan rehabilitasi pekerja setelah menjalani rawat inap dirumah sakit sebelum kembali ketempat kerja
10. Melakukan proses pencatatan dan pelaporan kesehatan kerja
11. Melakukan penatalaksanaan manajemen pelayanan kesehatan (proses perencanaan, pengembangan kebijakan, pendanaan, staffing)
12. Melakukan tugas administrasi pada unit kesehatan kerja atau klinik kesehatan kerja yang berada diwilayah kerja
13. Melakukan kegiatan penelitian yang berhubungan dengan keperawatan kesehatan kerja.

Perawat OHN bertanggung jawab terhadap pelaksanaan pendidikan program kesehatan yang berada di suatu lingkungan kerja. Kegiatan yang di lakukan di mulai dari proses pengkajian kebutuhan pekerja, pengetahuan pekerja terkait dengan K3, kemampuan pekerja mengenali bahaya kerja, serta tindakan yang dapat di lakukan untuk mencegah terjadinya bahaya kerja terhadap status kesehatan. Perawat OHN tidak hanya melakukan pendidikan kerja kepada pekerja tetapi juga kepada keluarga para pekerja. Hal ini dapat di lakukan dengan memberikan informasi atau pendidikan kesehatan kerja menggunakan beberapa media promosi kesehatan seperti leaflet, brosur dan lainnya.

Perawat OHN perlu menjelaskan terkait dengan tiga level pencegahan yang bertujuan untuk mencegah timbulnya masalah kesehatan, serta aktif dalam melakukan promosi. Tiga level pencegahan yang dimaksud adalah:

1. Pencegahan Primer

Pencegahan primer dilakukan dengan melakukan promosi kesehatan dan mencegah terjadinya suatu masalah kesehatan atau penyakit. Promosi kesehatan

yang dapat dilakukan seperti memberikan pendidikan kesehatan, mengadakan penyuluhan terkait dengan K3, monitoring penerapan K3. Sedangkan untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan dapat dilakukan dengan meningkatkan pengetahuan terkait dengan cara mengenali faktor risiko penyakit akibat potensi risiko bahaya yang ada disekitar wilayah kerja. Perawat dapat juga bekerja sama dengan pimpinan perusahaan terkait dengan pembuatan kebijakan pencegahan penyakit akibat kerja seperti memasang peraturan pemakaian alat pelindung diri (APD), perlindungan diri dari lingkungan kesehatan dalam kerja, imunisasi.

2. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder dilakukan dengan memberikan intervensi keperawatan langsung bagi masalah kesehatan akut serta kejadian kecelakaan. Selain itu pencegahan sekunder dapat dilakukan dengan melakukan skrinning kesehatan, pemeriksaan kesehatan berkala. Beberapa skrinning kesehatan yang dapat dilakukan seperti pemeriksaan kesehatan mata, pemeriksaan gula darah, kolesterol, asam urat, tekanan darah dan pemeriksaan kesehatan lainnya. Hal lain yang dapat dilakukan juga berupa evaluasi dan rotasi kerja terhadap pekerjaan dari unit satu ke unit lain, sehingga pekerjaan tidak mengalami kejenuhan dari situasi kerja yang sama dan lama.

3. Pencegahan Tersier

Bertujuan untuk mengembalikan kemampuan optimal dari pekerja dalam menjalankan pekerjaannya setelah proses sakit yang dialami. Hal ini dapat dilakukan dengan melakukan evaluasi status kesehatan, memonitor status kesehatan serta melakukan identifikasi kebutuhan khusus bagi pekerja tersebut.

BAB IV

KONSEP DASAR K3: SEHAT, KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA, RISIKO & HAZARD DALAM PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN

A. KONSEP SEHAT

Sehat adalah suatu keadaan kondisi fisik, mental, dan kesejahteraan sosial yang merupakan satu kesatuan dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kecacatan (WHO, 2008). Undang-undang kesehatan No.36 tahun 2009 memberikan batasan tentang kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Notoatmodjo, 2012). Dua aspek yang diupayakan untuk mewujudkan kesehatan yaitu pemeliharaan dan peningkatan kesehatan.

Menurut John Wayne (dalam Yuliandari, 2018: 24) bahwa ada 6 parameter kesehatan, yaitu:

1. Fungsi fisik, disebut sehat jika tidak mengalami gangguan/keluhan secara fisik
2. Kesehatan mental, seseorang dikatakan sehat secara mental jika orang tersebut merasa nyaman, mampu mengendalikan emosi dan tingkah laku positif
3. *Social well-being*, yaitu seseorang dapat menjalin hubungan dengan orang disekitarnya (hubungan interpersonal) secara aktif
4. Fungsi peran, seseorang dapat melakukan perannya yang sesuai dimasyarakat serta tidak mengalami gangguan hubungan dengan sesama
5. Persepsi umum, pandangan diri tentang pandangan pribadi
6. Terbebas dari segala gejala gangguan fisiologi maupun psikologi.

Dari beberapa pernyataan tentang konsep sehat, dapat disimpulkan bahwa konsep sehat adalah suatu kondisi fisik yang lengkap dan normal, mental serta sosial yang baik tanpa gangguan apapun.

B. KONSEP KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA

Keselamatan dan kesehatan kerja berasal dari kata keselamatan atau dalam bahasa inggris "*Safety*", kesehatan (*Health*) dan kerja (*Work/Occupation*). *Safety* berarti suatu keadaan terbebas dari kecelakaan dan nyari celaka. *Health* berarti terbebas dari keluhan secara fisik, mental dan Sosial. *Work/Occupation* merupakan kegiatan yang dilakukan oleh seseorang dengan tujuan mendapatkan hasil tertentu.

Menurut *Internasional Labour Organization (ILO)* kesehatan keselamatan kerja atau *Occupational Safety And Health* adalah meningkatkan dan memelihara derajat tertinggi semua pekerja, baik secara fisik, mental, dan kesejahteraan sosial disemua jenis pekerjaan, mencegah terjadinya gangguan kesehatan yang diakibatkan oleh pekerjaan, melindungi pekerja pada setiap pekerjaan dari risiko yang timbul dari faktor-faktor yang mengganggu kesehatan, menempatkan dan memelihara pekerja dilingkungan kerja yang sesuai dengan kondisi fisiologis dan psikologis pekerja dan untuk menciptakan kesesuaian antara pekerjaan dan pekerja dan setiap orang dengan tugasnya.

WHO (1998) mendefinisikan keselamatan dan kesehatan kerja sebagai suatu promosi, perlindungan dan peningkatan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya mencakup aspek fisik, mental, dan sosial untuk kesejahteraan seluruh pekerja disemua tempat kerja.

Keselamatan dan kesehatan kerja menurut *Occupational Safety Health Administrasi (OSHA) 18001:2007* keselamatan dan kesehatan kerja adalah aplikasi

ilmu dalam mempelajari resiko keselamatan manusia dan properti baik dalam industri maupun bukan. Keselamatan dan kesehatan kerja merupakan multidisiplin ilmu yang terdiri dari fisika, kimia, biologi dan ilmu perilaku dengan aplikasi pada manufaktur, transportasi serta penanganan material bahaya.

Pengertian yang pertama mengandung arti sebagai suatu pendekatan ilmiah (*scientific approach*) dan di sisi lain mempunyai pengertian sebagai suatu terapan (*applied science*) atau suatu program dengan tujuan tertentu (Barus, 2020).

Keselamatan dan kesehatan kerja menurut Pratiwi (2020) adalah suatu pemikiran dan upaya untuk menjamin keutuhan dan kesempurnaan baik jasmani maupun rohani tenaga kerja pada khususnya dan manusia pada umumnya, hasil karya dan budayanya menuju masyarakat makmur dan sejahtera.

Kesehatan dan keselamatan kerja (K3) adalah upaya untuk memberikan jaminan keselamatan dan meningkatkan derajat kesehatan pekerja dengan cara pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja (PAK), pengendalian bahaya di tempat kerja, promosi kesehatan, pengobatan, dan rehabilitasi (Sabrina, 2020).

Kesehatan dan keselamatan kerja (K3) adalah ilmu terapan yang bersifat multidisiplin, bidang yang terkait dengan kesehatan, keselamatan, dan kesejahteraan manusia yang bekerja di sebuah institusi maupun lokasi proyek. Kesehatan dan keselamatan kerja merupakan upaya untuk menciptakan suasana bekerja yang aman, nyaman dan mencapai produktivitas setinggi-tingginya (Yunita dan Waruru, 2016).

Keselamatan dan kesehatan kerja (K3) adalah salah satu bentuk upaya untuk menciptakan tempat kerja yang aman, sehat, bebas dari pencemaran lingkungan, sehingga dapat melindungi dan bebas dari kecelakaan kerja yang pada akhirnya dapat meningkatkan efisiensi dan produktivitas kerja.

Dalam dunia kesehatan sendiri kesehatan dan keselamatan kerja (K3) adalah upaya untuk memberikan jaminan keselamatan dan meningkatkan derajat kesehatan pekerja dengan cara pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja (PAK), pengendalian bahaya di tempat kerja, promosi kesehatan, pengobatan, dan rehabilitasi (Meliza, 2020).

C. RESIKO DAN HAZARD DALAM PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN

1. Definisi Resiko Dan Hazard

Menurut Ramli (2010) risiko merupakan gabungan dari kemungkinan atau frekuensi dan akibat atau konsekuensi dari terjadinya bahaya (hazard).

Menurut OHSAS 18001 : 2007, pengertian bahaya (hazard) adalah semua sumber, kondisi maupun kesibukan yang mempunyai potensi menyebabkan cedera (kecelakaan kerja) serta atau penyakit akibat kerja (PAK).

Risiko adalah kemungkinan terjadinya kerugian atau korban balik fisik, mental dan psikologis pada manusia, kerusakan pada benda dan kerugian secara ekonomi yang disebabkan oleh bahaya tertentu di suatu daerah pada suatu waktu tertentu.

Risiko (Risk) yaitu suatu kemungkinan terjadinya kecelakaan atau kerugian pada periode waktu tertentu (Tarwaka, 2014).

Bahaya/hazard adalah suatu sumber yang berpotensi menimbulkan kerusakan misalnya cedera, sakit, kerusakan properti, lingkungan atau gabungan dari semuanya (Anita, 2012).

DIS/ISO 45001 mendefinisikan hazard atau bahaya sebagai “sumber atau situasi yang berpotensi untuk menyebabkan cedera atau sakit”

Bahaya atau hazard adalah suatu kondisi atau tindakan atau potensi yang dapat menimbulkan kerugian terhadap manusia, harta, benda, proses, maupun lingkungan (Supriyadi, 2017).

Potensi bahaya dan resiko ditempat kerja bisa terjadi oleh karna proses kerja/sistem kerja, penggunaan alat, mesin maupun bahan-bahan yang digunakan dalam pekerjaan. Potensi bahaya juga bisa terjadi karna faktor manusia, perilaku yang tidak sehat dan tidak berhati-hati maupun perilaku kerja yang tidak aman. Potensi bahaya dari lingkungan misalnya lingkungan kerja yang buruk, kondisi pekerjaan yang tidak ergonomis dan budaya kerja yang tidak kondusif (Kurniawidjaja, 2010).

2. Resiko Dan Hazard Dalam Asuhan Keperawatan

Bahaya dalam kegiatan rumah sakit dalam aspek kesehatan kerja, antara lain berasal dari sarana kegiatan di poliklinik, ruang perawatan, laboratorium, kamar rontgen, instalasi gizi, laundry, ruang medical record, bagian rumah tangga (housekeeping), farmasi, sterilisasi alat-alat kedokteran, pesawat uap atau bejana dengan tekanan, instalasi peralatan listrik, instalasi proteksi kebakaran, air limbah, sampah medis, bahan mudah terbakar, gas medik, radiasi pengion, dan bahan kimia merupakan potensi bahaya yang memiliki risiko kecelakaan kerja. Oleh karna itu, rumah sakit membutuhkan perhatian khusus terhadap keselamatan dan kesehatan pasien, staf dan umum (Omrani dkk., 2015).

Menurut Ndejjo (2015) bahaya yang dihadapi perawat secara luas diklasifikasikan sebagai bahaya biologis dan non biologis. Bahaya biologis contohnya terjadi luka/laserasi yang tidak disadari, luka karena benda tajam, kontak langsung dengan spesimen yang terkontaminasi bahan biohazardous,

bioterrorisme, yang ditularkan melalui darah patogen, penyakit infeksi, penyakit udara, penyakit yang dibawa vektor dan kontaminasi silang dari material kotor.

Sementara bahaya nonbiologis termasuk bahaya fisik, psikososial, dan ergonomis. Bahaya fisik contohnya slip saat berjalan, jatuh, luka bakar, fraktur, radiasi dari sinar-x, kebisingan, dan radiasi non ionisasi. Bahaya psikososial termasuk penyalahgunaan psikososial, seksual, verbal dan tekanan pekerjaan. Bahaya ergonomis adalah cedera muskuloskeletal seperti nyeri otot, strain atau terkilir.

Secara spesifik bahaya yang dihadapi perawat saat melakukan asuhan keperawatan dapat terjadi selama proses keperawatan berlangsung. Asuhan keperawatan adalah suatu pendekatan untuk pemecahan masalah yang memampukan perawat untuk mengatur dan memberikan asuhan keperawatan. Standar asuhan keperawatan ini tercantum dalam standar praktis klinis keperawatan yang terdiri dari lima fase asuhan keperawatan. 5 fase tersebut yaitu: pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

a. Risiko Dan Hazard Dalam Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pada proses pengkajian data, hal-hal yang dapat saja bisa terjadi adalah:

- 1) Pasien tidak terbuka kepada perawat sehingga perawat tidak mendapatkan data yang lengkap dan akurat, hal ini beresiko terjadinya kesalahan dalam intervensi keperawatan. Dampak kerugian tidak hanya pada pasien bisa juga terjadi pada perawat, misalnya tuntutan dari pasien/keluarga atas kesalahan intervensi.
- 2) Pada saat melakukan pengkajian perawat mempunyai kemungkinan tertular penyakit dari pasien karena kontak fisik maupun udara, bisa juga

karena kontak dengan lingkungan sekitar pasien yang sudah terkontaminasi.

- 3) Mendapatkan pelecehan verbal (*verbal abuse*) saat melakukan pengkajian ataupun dalam proses wawancara. Ketika perawat menanyakan data atau informasi pasien namun keluarga pasien menyembunyikannya. Sehingga demi keselamatan pasien, perawat tetap menanyakan, sehingga pasien atau keluarga kurang menyukainya dan akhirnya mendapatkan cacian atau perlakuan tidak baik.
- 4) Dalam melakukan pengkajian atau pemeriksaan perawat bisa saja mendapatkan kekerasan fisik dari pasien ataupun keluarga pasien. Pada perawat psikiatri resiko ini akan lebih besar terutama jika pasien yang mengalami halusinasi, gaduh gelisah maupun pasien dengan perilaku kekerasan.

b. Risiko Dan Hazard Dalam Perencanaan Asuhan Keperawatan

Kesalahan saat merencanakan pengkajian dapat saja terjadi, proses keperawatan merupakan suatu hal yang dilakukan secara berkesinambungan jika perawat salah dalam mengkaji maka perawat akan salah dalam memberikan proses perawatan atau pengobatan yang pada akhirnya akan mengakibatkan kesehatan pasien semakin terganggu.

c. Risiko Dan Hazard Dalam Implementasi Keperawatan

Risiko dan hazard paling banyak dihadapi perawat saat melakukan implementasi keperawatan maupun tindakan keperawatan. Menurut Putri (2017) kesalahan dalam pemberian obat kepada pasien, dikarenakan perawat lupa dalam membaca instruktur atau catatan dokumen rekam medik dari pasien tersebut. Resiko yang lain misalnya tertusuk jarum saat melakukan

injeksi obat, pemasangan dan pelepasan infus, saat melakukan penjahitan luka maupun saat mengambil darah. Bahaya biologis dihadapi juga oleh perawat yaitu kemungkinan tertular penyakit misalnya hepatitis, tuberculosis, COVID 19, HIV/AIDS pun bisa saja terjadi.

Bahaya ergonomi misalnya saat membantu pasien melakukan mobilisasi, perawatan luka dan tindakan yang lain yang memerlukan posisi perawat dalam kondisi membungkuk untuk waktu yang cukup lama dan berulang, berdampak perawat mengalami kelelahan, nyeri otot atau bahkan low back pain, nyeri sendi maupun luka memar. Resiko yang dihadapi perawat tidak hanya saat dilakukan tindakan, dalam menyiapkan alat dan merapikan alat sesuai tindakan terdapat bahaya fisik dan kimia misalnya terkena pisau bedah, pecahan ampul, pinset, gunting atau alat kesehatan lainnya. Bahaya kimia misalnya klorin dan desinfektan lain jika terkena kulit terus menerus akan menyebabkan gangguan pada kulit.

d. Risiko Dan Hazard Dalam Evaluasi Asuhan Keperawatan

Kesalahan pada saat melakukan evaluasi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dapat mengakibatkan pendokumentasian asuhan keperawatan yang kurang data yang sudah dilakukan oleh perawat. Terkadang perawat lupa mengkonfirmasi kedalam dokumentasi asuhan keperawatan, sehingga yang tertulis atau yang telah dilakukan perawat kepada pasiennya tidak ada dalam dokumentasi asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan yang kurang tepat akan mengakibatkan komunikasi antar perawat maupun perawat dengan tim kesehatan lain tidak akan berjalan dengan baik. Hal ini akan merugikan dua belah pihak baik pasien maupun perawat. Bagi pasien perawatan yang tidak efektif akan mengakibatkan waktu perawatan yang

semakin lama. Pada perawat akan berdampak pada penilaian kinerja. Perawat dalam pekerjaannya akan mengalami bahaya baik fisik maupun psikologis. Bahaya psikologis adanya tekanan dan intimidasi dari keluarga pasien ataupun ancaman secara verbal, hal ini bisa menyebabkan trauma psikis. Bahaya yang lain bisa berupa *burnout syndrome* disebabkan oleh beban kerja yang terlalu tinggi, rasio perawat dan pasien yang tidak seimbang dan sistem shift yang tidak efektif.

BAB V

KONSEP KESELAMATAN PASIEN

A. APA ITU KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan pasien adalah bebas dari cedera fisik dan psikologis yang menjamin keselamatan pasien, melalui penetapan system operasional, meminimalisir terjadinya kesalahan, mengurangi rasa tidak aman pasien dalam sistem perawatan kesehatan dan meningkatkan pelayanan yang optimal (*Canadian Nursing Association*, 2004).

Keselamatan atau safety adalah bebas dari bahaya atau risiko. Keselamatan pasien atau patient safety merupakan disiplin perawatan kesehatan dengan kompleksitas yang berkembang dalam sistem pemberian pelayanan kesehatan. Menurut *World Health Organization (WHO)* “*Safety is a fundamental principle of patient care and critical component of quality management*” yang juga berarti keselamatan adalah prinsip dasar perawatan pasien dan komponen penting dari manajemen mutu sebuah pelayanan kesehatan. Dalam hal ini, keselamatan pasien merupakan suatu keadaan aman atau tidak adanya bahaya yang mengancam pasien selama proses perawatan.

International Council Nurse (2002) mengatakan bahwa keselamatan pasien merupakan hal mendasar dalam mutu pelayanan kesehatan dan pelayanan keperawatan. Peningkatan keselamatan pasien meliputi tindakan nyata dalam rekrutmen, pelatihan dan retensi tenaga profesional, pengembangan kinerja, manajemen risiko dan lingkungan yang aman, pengendalian infeksi, penggunaan obat-obatan yang aman, peralatan dan lingkungan perawatan yang aman serta

akumulasi pengetahuan ilmiah yang terintegrasi serta berfokus pada keselamatan pasien yang disertai dengan dukungan infrastruktur terhadap pengembangan yang ada.

Canadian Nurse Association (2009) mengatakan bahwa keselamatan pasien bukan hanya merupakan isu yang dibiarkan untuk berkembang dalam keperawatan ataupun merupakan bagian dari apa yang akan dilakukan perawat. Akan tetapi keselamatan pasien merupakan perwujudan dan komitmen perawat terhadap kode etik untuk menjaga keselamatan pasien, kompeten dan etis dalam keperawatan. Keselamatan pasien juga merupakan dasar dalam melakukan asuhan keperawatan di manapun perawat itu bekerja.

The Institute Of Medicine (IOM) mendefinisikan bahwa keselamatan pasien adalah bebas dari cedera yang tidak disengaja. Kemudian Huges (2008) dalam Sutanto (2015), menyatakan bahwa keselamatan pasien adalah suatu kondisi di mana tidak terjadi cedera atau bahaya pada pasien akibat dari pelayanan medis yang diberikan. Sedangkan praktik keselamatan pasien diartikan sebagai suatu upaya untuk mengurangi timbulnya kejadian yang tidak diinginkan sebagai akibat tindakan medis yang dilakukan.

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 11 tahun 2017, keselamatan pasien adalah upaya melindungi pasien dari ketidakamanan proses perawatan melalui penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko, pelaporan dan analisis insiden akibat ketidakamanan pasien, kemampuan belajar dari insiden tersebut dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat suatu tindakan perawatan.

Dalam peningkatan keselamatan pasien, disiplin perawatan kesehatan sangat diperlukan yang bertujuan untuk mencegah dan mengurangi risiko kesalahan dan bahaya yang terjadi selama proses pemberian pelayanan kesehatan. Landasan disiplin

ini dapat menjadi indikator keamanan pasien yang berkelanjutan yang menjadi dasar untuk memberikan pelayanan kesehatan yang esensial dan berkualitas. Pelayanan kesehatan yang berkualitas haruslah aman, efektif, dan berpusat pada manusia. Selain itu, untuk mewujudkan manfaat pelayanan kesehatan yang bermutu, maka pelayanan kesehatan harus tepat waktu, berkeadilan, terintegrasi dan efisien. Maka untuk memastikan keberhasilan penerapan strategi keselamatan pasien, dibutuhkan kebijakan yang jelas, kapasitas kepemimpinan yang berkompeten, profesionalitas pemberi perawatan kesehatan yang terampil, dan keterlibatan pasien yang efektif selama proses perawatan.

B. TUJUAN KESELAMATAN PASIEN

Tujuan keselamatan pasien di rumah sakit menurut meliputi terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya kejadian tidak di harapkan (KTD) di rumah sakit, dan terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak di harapkan.

Menurut *Institute Of Medicine* (IOM) (2008) tujuan keselamatan pasien ini diantaranya pasien aman (terhindar dari cedera), pelayanan menjadi lebih efektif dengan adanya bukti yang kuat terhadap terapi yang perlu atau tidak perlu di lakukan ke pasien, berfokus pada nilai dan kebutuhan pasien, pengurangan waktu tunggu pasien dalam menerima pelayanan dan efisien dalam penggunaan sumber-sumber yang ada.

Secara garis besar tujuan keselamatan pasien adalah untuk menciptakan budaya keselamatan pasien difasilitas kesehatan, meningkatkan akuntabilitas fasilitas kesehatan, menurunkan kejadian berisiko difasilitas kesehatan, dan melaksanakan

program-program keselamatan pasien difasilitas kesehatan. Adapun tujuan patient safety secara khusus terbagi menjadi 6 tujuan sebagai berikut:

1. Aman (*Safety*)

Yakni pasien sebagai penerima pelayanan kesehatan tidak mengalami luka atau cedera.

2. Efektis (*Effective*)

Yakni petugas kesehatan memberikan pelayanan sesuai dengan ilmu pengetahuan dan kompetensi dibidangnya masing-masing.

3. Berfokus pada pasien (*Patient-Centered*)

Yakni petugas kesehatan memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien.

4. Memendekan waktu tunggu (*Timely*)

Yakni petugas kesehatan harus bekerja dengan cepat dan tepat agar pasien tidak menunggu terlalu lama untuk dapat menerima pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

5. Efisien (*Efficient*)

Yakni petugas kesehatan menggunakan peralatan dan bahan sesuai dengan keperluan tindakan perawatan.

6. Pelayanan sesuai standar (*Equitable*)

Yakni petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien harus sesuai dengan standar pelayanan atau Standart Operational Procedure (SOP) yang telah ditetapkan.

C. PRINSIP KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan pasien adalah kerangka kegiatan terorganisir yang menciptakan budaya, proses, prosedur, perilaku, teknologi dan lingkungan dalam perawatan kesehatan yang secara konsisten dan berkelanjutan menurunkan risiko, mengurangi terjadinya bahaya yang dapat dihindari, membuat kesalahan lebih kecil kemungkinannya dan mengurangi dampak bahaya ketika itu terjadi (World Health Organization, 2021). Keselamatan pasien di definisikan sebagai kebebasan dari cedera medis yang tidak disengaja (Carbo dan Weingart, 2012).

Sementara Emanuel, dkk (2008) mengartikan keselamatan pasien sebagai disiplin dalam profesi perawatan kesehatan yang menerapkan metode ilmu keselamatan menuju tujuan untuk mencapai sistem pemberian perawatan kesehatan yang dapat dipercaya yang bebas dari kesalahan. Lebih lanjut keselamatan pasien juga didefinisikan sebagai atribut sistem perawatan kesehatan yang meminimalkan kejadian dan dampak dari efek samping dan memaksimalkan pemulihan dari kejadian tersebut. Keselamatan pasien terutama berkaitan dengan penghindaran, pencegahan dan perbaikan hasil buruk atau injury yang berasal dari perawatan kesehatan itu sendiri (Tutiany, Lindawati & Krisanti, 2017).

Berbicara mengenai prinsip keselamatan pasien berarti membicarakan suatu sistem perawatan kesehatan yang andal yang bertujuan untuk meminimalkan bahkan menghilangkan tingkat insiden cedera medis yang tidak diharapkan atau perawatan pasien yang tidak aman. Carbo dan Weingart (2012) menjelaskan bahwa kesalahan medis yang tidak disengaja, dipahami sebagai produk dari sistem perawatan yang dirancang kurang sehingga berkontribusi pada terjadinya bahaya. Lebih lanjut dikatakan bahwa pandangan modern tentang kesalahan medis dalam hal keselamatan pasien hanya dapat diselesaikan hanya dalam organisasi yang mengambil pendekatan berbasis system, atau dengan kata lain untuk menciptakan budaya keselamatan pasien

dilingkungan kesehatan, perlu di bangun sistem yang dapat di pahami oleh setiap tenaga kesehatan yang bertugas untuk menerapkan keselamatan pasien.

Untuk menjamin keselamatan pasien, fasilitas pelayanan kesehatan perlu menerapkan prinsip keselamatan pasien. Adapun beberapa prinsipnya dipaparkan sebagai berikut:

1. Prinsip Provide Leadership
 - a. Keselamatan pasien adalah tujuan utama
 - b. Keselamatan pasien adalah tanggung jawab bersama
 - c. Menunjuk petugas yang menjadi penanggung jawab program keselamatan pasien difasilitas kesehatan
 - d. Menyediakan SDM dan Sumber Dana untuk analisis *error* dan *re-design system* keselamatan pasien
 - e. Mengembangkan mekanisme yang efektif untuk mengidentifikasi ketidakamanan medis atau *unsafe* medis
2. Prinsip Memperhatikan Keterbatasan Manusia Dalam Perancangan Proses
 - a. *Design Job For Safety*, yakni mendesain pekerjaan yang aman untuk tenaga kesehatan dan juga pasien
 - b. Menyederhanakan proses
 - c. Membuat standar proses
3. Prinsip mengembangkan tim yang efektif
4. Prinsip antisipasi untuk kejadian tak terduga
 - a. Pendekatan proaktif
 - b. Menyediakan antidotum
 - c. Training simulasi
5. Prinsip 5: Menciptakan *Atmosfer Learning*

Menciptakan atmosfir learning atau pembelajaran dari kesalahan medis yang pernah dilakukan dimasa lalu untuk perbaikan dan peningkatan keselamatan pasien selanjutnya.

D. TUJUH LANGKAH KESELAMATAN PASIEN

kesehatan tahun 2008 mencanangkan tujuh langkah keselamatan pasien yang harus di jalankan di tiap rumah sakit, antara lain adalah:

1. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil
2. Pimpin dan dukung staf, bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien
3. Intergrasikan aktivitas pengelolaan resiko. Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan assesmen hal yang potensial bermasalah
4. Kembangkan sistem pelaporan. Pastikan staf agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian atau insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada KKP-RS
5. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien. Kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien
6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien. Dorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul, cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan kerja
7. Gunakan informasi yang ada tentang kejadian atau masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

E. KONSEP KESELAMATAN PASIEN

Keselaman pasien sudah menjadi prioritas global dalam sistem pemberian pelayanan kesehatan karena tidak hanya meningkatkan penyediaan perawatan medis yang berkualitas dan pengobatan tetapi juga meningkatkan kepuasan pasien serta mengurangi morbiditas dan mortalitas pasien di rumah sakit (Elizabeth, Zvinavashe & Rukweza, no date). Walaupun sudah menjadi prioritas global namun konsep keselamatan pasien merupakan hal yang mendasar yang harus dipahami oleh setiap individu, departement, organisasi atau fasilitas kesehatan dalam menjalankan serta mengembangkan keselamatan pasien. Masing-masing peran harus memiliki pemahaman yang sama mengenai sistem keselamatan pasien yang akan dijalankan. Disinilah peran para pamimpin untuk memastikan bahwa setiap individu yang terlibat dalam sistem yang akan dijalankan memahami dan menjalankan setiap peran dengan semestinya sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan.

Galt, Paschal dan Gleason (no date) memberikan beberapa hal penting yang memotivasi penyedia layanan kesehatan untuk terus meningkatkan upaya keselamatan pasien. Hal-hal tersebut adalah sebagai berikut: profesional kesehatan secara intrinsik termotivasi untuk meningkatkan keselamatan pasien karena landasan etika, norma profesional, dan harapan dari disiplin ilmu masing-masing profesional kesehatan. Selain itu, pemimpin organisasi bertanggung jawab untuk menetapkan standar untuk mencapai keselamatan pada tingkat tertinggi dan akan melakukannya sebagai tanggapan terhadap harapan masyarakat yang semakin tinggi, sebab konsumen menjadi semakin sadar akan masalah keamanan layanan kesehatan dan tidak menerimanya. Jika ini dilakukan dengan baik, maka akan ada ruang besar untuk perbaikan sistem dan praktik perawatan kesehatan yang akan menghasilkan pengurangan potensi kesalahan dan bahaya.

Untuk meningkatkan keselamatan pasien, profesional kesehatan harus mengetahui karakteristik yang dapat membuat upaya ini berhasil. Galt, Paschal dan Gleason (no date) memberikan empat karakteristik yang harus diketahui oleh tenaga kesehatan.

1. Setiap individu yang terlibat dalam sistem keselamatan pasien harus bisa mengumpulkan data tentang kesalahan dan insiden dalam organisasi lokal untuk mengidentifikasi peluang untuk bukti dan untuk dapat melacak kemajuan
2. Profesional kesehatan harus mengembangkan budaya organisasi yang di dasarkan pada konsep keselamatan
3. Proses yang kompleks harus di analisis menggunakan alat yang tepat
4. Standarisasi sebanyak mungkin harus dicapai sambil tetap memungkinkan otoritas independen individu untuk memecahkan masalah yang dihadapi secara kreatif.

F. KEBIJAKAN KESELAMATAN PASIEN

Terdapat beberapa kebijakan di Indonesia yang mendukung keselamatan pasien dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan, diantaranya sebagai berikut:

1. Permenkes RI Nomor 1691 tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit
2. Permenkes RI Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien
3. Permenkes RI Nomor 7 tahun 2019 tentang Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit

G. STANDAR-STANDAR KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan pasien dipelayanan kesehatan terutama dilingkup rumah sakit merupakan hal yang sangat penting untuk meminimalisir risiko kesalahan medis. Oleh karena itu dalam penerapan keselamatan pasien memerlukan standar keselamatan

pasien yang memadai. Permenkes RI Nomor 1691/Menkes/PER/VIII/2011 telah mengatur tentang standar keselamatan pasien, hal ini meliputi:

1. Hak Pasien

Pasien dan keluarga berhak mendapatkan informasi terkait masalah kesehatan yang dialaminya seperti diagnosa medis, rencana tindakan perawatan, hingga rincian biaya perawatan. Pasien dan keluarga juga berhak mengetahui tim medis yang akan memberikan perawatan seperti dokter dan perawat.

2. Pendidikan Kesehatan

Pemberi pelayanan kesehatan mempunyai kewajiban untuk memberikan edukasi atau penyuluhan kesehatan selama pasien menjalani perawatan. Misalnya perawat memberikan edukasi tentang asuhan keperawatan yang diberikan dan ahli gizi memberikan edukasi tentang diet yang dianjurkan untuk pasien. Adapun edukasi yang diberikan harus memenuhi kaidah-kaidah berikut ini:

- a. Tenaga kesehatan harus memberikan informasi dengan benar, jujur, jelas dan lengkap
- b. Tenaga kesehatan harus mengetahui hal-hal apa saja yang menjadi kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga
- c. Selama proses edukasi, pasien dan keluarga berhak mengajukan pertanyaan terkait edukasi yang diberikan terutama untuk hal-hal yang tidak atau sulit dimengerti pasien
- d. Pasien dan keluarga mampu memahami konsekuensi pelayanan setelah edukasi diberikan
- e. Pasien dan keluarga mampu mematuhi nasihat yang diberikan dan menghormati tata tertib pelayanan kesehatan dimana pasien dirawat

f. Pasien, keluarga dan petugas kesehatan mempunyai sikap saling menghormati dan tenggang rasa

g. Pasien dan keluarga wajib memenuhi biaya perawatan seperti yang telah disepakati

3. Keselamatan Pasien Berkesinambungan

Pasien dan keluarga memperoleh pelayanan kesehatan yang berkesinambungan sehingga pasien menerima pelayanan perawatan yang baik diseluruh unit rumah sakit.

4. Peningkatan Kinerja

Untuk meningkatkan keselamatan pasien diperlukan metode peningkatan kinerja oleh pemberi pelayanan kesehatan. Metode ini dimulai dari merancang peningkatan kinerja, melaksanakan, memonitor pelaksanaan, mengevaluasi hingga memperbarui metode yang telah dijalankan agar upaya menjaga keselamatan pasien dapat tercapai dengan baik.

5. Kepemimpinan

Keselamatan pasien berada dibawah tanggung jawab pimpinan sebuah fasilitas pelayanan kesehatan. Pimpinan wajib memonitor pelaksanaan keselamatan pasien dirumah sakit.

6. Pendidikan Bagi Staff

Pemberi layanan kesehatan wajib melakukan pengembangan diri melalui kegiatan pelatihan yang berkelanjutan atau pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan dan kompetensi sesuai dengan keterampilan yang dibutuhkan fasilitas kesehatan dengan pendekatan interdisiplin.

7. Komunikasi Efektif

Komunikasi yang efektif antar tim kesehatan maupun terhadap pasien dan keluarga sangat diperlukan dalam keselamatan pasien. Informasi terkait keselamatan pasien baik internal maupun eksternal harus disampaikan dengan tepat dan akurat.

H. SASARAN KESELAMATAN PASIEN

Sasaran keselamatan pasien diatur dalam Permenkes RI Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang mengacu pada *WHO Patient Safety* tahun 2007. Sasaran tersebut meliputi:

1. SKP 1: Ketepatan Identifikasi Pasien

Ketepatan dalam identifikasi pasien adalah hal yang penting untuk menjaga keselamatan pasien. Kesalahan medis sangat rentan terjadi saat pemberi layanan kesehatan tidak tepat dalam identifikasi pasien sehingga pasien berisiko mendapatkan diagnosa dan pengobatan yang salah. Ada 4 jenis identifikasi pasien yang perlu dikonfirmasi pada pasien sebelum memberikan perawatan yakni:

- a. Nama lengkap pasien
- b. Tempat dan tanggal lahir
- c. Nomor RM (Rekam Medis)
- d. Kartu identitas pasien seperti KTP

Dalam proses identifikasi pasien, tidak dianjurkan menggunakan nomor tidur pasien karena dikhawatirkan pasien telah berganti ketika pergantian shift perawat. Pelaksanaan identifikasi pasien ini harus dilakukan secara konsisten pada semua situasi. Situasi yang memerlukan identifikasi pasien meliputi:

- a. Petugas kesehatan perlu melakukan identifikasi pasien sebelum pemberian obat dan pemberian produk darah

- b. Petugas kesehatan perlu melakukan identifikasi pasien sebelum pengambilan spesimen darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan diagnostik
- c. Petugas kesehatan perlu melakukan identifikasi pasien sebelum memberikan tindakan keperawatan atau tindakan medis

2. SKP 2: Meningkatkan Komunikasi Efektif

Komunikasi yang efektif berperan dalam keselamatan pasien. Fasilitas pelayanan kesehatan harus menetapkan peraturan yang tepat dalam hal komunikasi baik antar petugas kesehatan maupun terhadap pasien dan keluarga. Komunikasi yang efektif harus memenuhi kebutuhan berikut ini:

- a. Komunikasi yang efektif dalam penyampaian informasi haruslah jelas, lengkap, tepat, akurat, tidak bermakna ambigu, dan mudah dipahami antar sesama petugas kesehatan maupun oleh pasien dan keluarga, sehingga dapat mengurangi kesalahan medis dan meningkatkan keselamatan pasien
- b. Komunikasi yang efektif dapat dilakukan secara verbal, melalui media telepon atau secara tertulis
- c. Pengucapan dalam penyampaian informasi harus jelas agar mudah dipahami oleh penerima informasi dalam memahami perintah yang diberikan. Misalnya pelaporan hasil pemeriksaan pasien atau ketika pasien dalam keadaan kritis namun dokter tidak ada ditempat, maka dapat dikomunikasikan melalui telepon. Perawat perlu melakukan konfirmasi ulang terkait obat yang harus diberikan terutama jika nama obat tersebut serupa dengan obat-obatan lainnya seperti obat antibiotik *Amoxicilin* dengan *Ampicilin*.
- d. Jika ingin menggunakan singkatan dalam komunikasi, maka gunakan singkatan-singkatan sesuai dengan yang telah ditetapkan.

3. SKP 3: Meningkatkan Keamanan Obat

Petugas kesehatan harus meemenuhi peraturan yang telah ditetapkan terkait obat-obatan yang perlu diwaspadai atau *high-alert medication*. Jika terjadi kesalahan dalam pemberian obat ini (*sentinel event*) maka akan menimbulkan dampak yang serius (*adverse outcome*). Maka diperlukan pengelolaan khusus untuk obat-obatan yang perlu diwaspadai untuk menghindari kesalahan dalam pemberian obat.

Jenis obat-obatan yang perlu diwaspadai sebagai berikut:

- a. Obat risiko tinggi, Jika terjadi kesalahan (*error*) dalam pemberian obat ini maka dapat mengakibatkan kecacatan bahkan kematian pada pasien. Misalnya pemberian obat insulin, heparin, dan obat-obatan kemoterapi.
 - b. Obat yang terdengar mirip (*sound alike*) atau kelihatan sama (*look alike*) dari segi nama, label, kemasan dan penggunaan klinis seperti obat *hydralazine* dengan *hydroxyzine*.
 - c. Elektrolit konsentrat seperti *potassium chloride* dengan konsentrasi yang sama atau lebih dari 2 meq/ml, *potassium phosphate* dengan konsentrasi yang sama atau lebih besar dari 3 mmol/ml, *sodium chloride* dengan konsentrasi lebih dari 0,9%, dan *magnesium sulfate* dengan konsentrasi 20%, 40% atau lebih.
 - d. Pasien yang berisiko atau memiliki riwayat alergi obat maka harus diberi label pita merah.
- ### 4. SKP 4: Memastikan Tepat Pasien, Tepat Prosedur, Tepat Lokasi Pembedahan

Tim bedah harus memastikan tepat-pasien, tepat-prosedur, dan tepat-lokasi pembedahan sebelum melakukan tindakan operasi. Apabila komunikasi tidak efektif antara tim bedah maupun kurangnya keterlibatan pasien hingga tidak

adanya proses verifikasi lokasi pembedahan, maka risiko kesalahan medis akan semakin tinggi. Oleh karena itu diperlukan assesment yang adekuat baik secara langsung pada pasien maupun melalui catatan medis pasien. Untuk meminimalisir terjadinya kesalahan pada saat pembedahan, maka ada beberapa hal yang harus diperhatikan tim bedah yakni meliputi:

a. Penandaan lokasi pembedahan

Penandaan lokasi pembedahan atau *site marking* sangat diperlukan sebelum proses pembedahan berlangsung. Penandaan lokasi ini harus dilakukan oleh tim bedah yang akan menangani pasien dan melibatkan pasien secara langsung sebelum proses pembiusan. Tanda yang diberikan juga haruslah yang mudah dipahami oleh tim bedah.

b. Proses Verifikasi Pra-Operasi

- 1) Tim bedah melakukan verifikasi pasien, lokasi, dan prosedur pembedahan dengan benar
- 2) Tim bedah memastikan semua dokumen yang berkaitan dengan masalah kesehatan utama pasien lengkap seperti foto hasil rontgen atau sejenisnya dan catatan hasil medis pemeriksaan. Dokumen tersebut sebaiknya diberi label sesuai dengan identitas pasien dengan tepat.
- 3) Tim bedah melakukan verifikasi ketersediaan peralatan bedah sesuai dengan prosedur pembedahan yang dibutuhkan pasien.

c. Proses *Time-Out* Sebelum Pembedahan

Proses *time-out* atau memberikan jeda waktu sebelum proses pembedahan berlangsung sangat diperlukan untuk memastikan bahwa seluruh persiapan pembedahan sudah lengkap mulai dari peralatan bedah

yang dibutuhkan hingga ke persiapan pasien yang akan mendapatkan prosedur pembedahan.

5. SKP 5: Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan

Ruang rawat inap memiliki risiko tinggi terjadinya infeksi terutama infeksi nosokomial. Infeksi ini bisa terjadi antar sesama pasien yang menjalani perawatan maupun melalui petugas kesehatan ke pasien akibat *disinfeksi* yang tidak teratur. Untuk unit rumah sakit umumnya membentuk tim pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) yang bertanggung jawab untuk mengatasi risiko infeksi di ruang perawatan.

Adapun upaya yang dapat dilakukan petugas kesehatan untuk meminimalisir risiko infeksi yakni dengan mencuci tangan (*hand hygiene*) secara teratur dengan 6 langkah terutama di 5 momen seperti sebelum menyentuh pasien, sebelum melakukan tindakan kepada pasien, setelah kontak dengan cairan pasien, setelah menyentuh atau kontak dengan pasien, dan setelah menyentuh lingkungan pasien dirawat.

6. SKP 6: Mengurangi Risiko Jatuh

Mengurangi cedera akibat risiko jatuh menjadi tanggung jawab perawat selama proses perawatan pasien. Perawat perlu melakukan identifikasi risiko jatuh untuk setiap pasien yang menjalani perawatan di ruang rawat inap. Proses identifikasi ini bisa meliputi riwayat jatuh pasien, obat yang telah dikonsumsi, keseimbangan dalam berjalan, dan penggunaan alat bantu jalan. Selain itu perawat juga dapat menghitung risiko jatuh pasien menggunakan *braden scale*. Berikut beberapa faktor risiko jatuh pada pasien:

a. Keadaan umum pasien

- b. Gangguan fungsional pasien seperti gangguan keseimbangan, gangguan visual, dan perubahan status kognitif.
- c. Keadaan lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan
- d. Riwayat jatuh pasien
- e. Konsumsi obat tertentu dan konsumsi alkohol

Berikut cara mengurangi risiko jatuh pada pasien:

- a. Perawat melakukan assesment resiko jatuh pasien terutama jika pasien mengalami perubahan kondisi selama perawatan
- b. Perawat melakukan pencegahan risiko jatuh pasien berdasarkan hasil asesment yang telah dilakukan
- c. Perawat memberikan label kuning untuk pasien yang memiliki risiko jatuh
- d. Perawat melakukan monitoring terhadap pencegahan risiko jatuh yang telah diterapkan
- e. Mengembangkan prosedur pencegahan risiko jatuh secara berkelanjutan.

I. MENGAPA BAHAYA PADA PASIEN BISA TERJADI

Sistem kesehatan yang matang selalu memperhitungkan peningkatan keselamatan pasien yang rentan terhadap kesalahan. Misalnya, seorang pasien di rumah sakit menerima obat yang salah karena obat tersebut bercampur aduk dan memiliki kemasan yang serupa. Dalam kasus ini, sebuah resep telah melewati beberapa tingkat mulai dari dokter pembuat resep dibangsal, kemudian ke apotek yang mengeluarkan obat dan terakhir ke perawat yang memberikan obat kepada pasien. Jika ada proses pengawasan yang aman disetiap tingkatannya, maka kesalahan ini dapat dengan cepat diidentifikasi dan diperbaiki. Dalam situasi ini, kemungkinan kesalahan yang terjadi akibat kurangnya standar prosedur untuk penyimpanan obat

yang mirip, komunikasi yang kurang baik antar pemberi pelayanan kesehatan, kurangnya verifikasi sebelum pemberian obat, dan kurangnya keterlibatan pasien dalam perawatan mereka sendiri. Akibatnya, perawat yang melakukan kesalahan (*active error*) akan disalahkan atas kejadian seperti ini hingga mungkin ke proses hukum. Sayangnya hal ini tidak mempertimbangkan faktor-faktor dalam sistem yang telah dijelaskan sebelumnya yang menyebabkan terjadinya kesalahan (*latent error*). Oleh karena itu, fokus pada sistem yang memungkinkan terjadinya bahasa dapat meminimalisir kesalahan, hal ini hanya dapat terjadi pada lingkungan kerja yang terbuka dan transparan yang memberlakukan budaya keselamatan sehingga nilai dan sikap keselamatan dimiliki oleh setiap individu ditempat kerja tersebut.

J. KEMUNGKINAN YANG TERJADI JIKA FASILITAS KESEHATAN TIDAK MENERAPKAN PATIENT SAFETY

Setiap tahunnya, jutaan pasien mengalami cedera bahkan meninggal akibat perawatan kesehatan yang tidak aman dan berkualitas kurang baik. Dibawah ini ada beberapa situasi keselamatan pasien yang paling mengkhawatirkan jika fasilitas kesehatan tidak membudayakan patient safety:

1. Kesalahan dalam pengobatan sering menjadi penyebab utama cedera dan bahaya pada pasien selama menjalani perawatan. Hal ini seharusnya dapat dihindari dalam sistem perawatan kesehatan.
2. Infeksi terkait perawatan kesehatan pada pasien rawat inap, salah satunya terjadinya infeksi nosokomial.
3. Prosedur perawatan bedah yang tidak aman dapat menyebabkan komplikasi hingga 25% pasien. Hampir 7 juta pasien bedah diseluruh dunia menderita

komplikasi yang signifikan setiap tahunnya, dan 1 juta diantaranya meninggal dunia selama atau segera setelah operasi.

4. Praktik suntikan atau prosedur injeksi yang tidak aman dirangkaian layanan kesehatan sehingga berisiko menularkan infeksi, termasuk HIV/AIDS dan Hepatitis B dan C. Hal ini menimbulkan bahaya langsung bagi pasien maupun bagi petugas kesehatan.
5. Kesalahan diagnostic dalam menentukan diagnosa medis kerap terjadi pada pasien yang menjalani rawat jalan sehingga berpotensi menyebabkan penurunan kesehatan yang lebih parah.
6. Praktik transfusi darah yang tidak aman membuat pasien berisiko terhadap reaksi transfusi yang merugikan pasien dan berisiko terjadi penularan infeksi. Berdasarkan data statistik secara global terdapat 8,7 reaksi serius akibat kesalahan transfusi per 100.000 komponen darah yang didistribusikan.
7. Kesalahan radiasi yang melibatkan paparan radiasi yang berlebihan dan kasus identifikasi pasien yang salah dan lokasi yang salah dapat menyebabkan program pengobatan yang salah.
8. Kejadian sepsis sering tidak terdiagnosis secara dini, karena infeksi ini seringkali kebal terhadap antibiotik, mereka dapat dengan cepat menyebabkan kondisi klinis yang memburuk. Terdapat sekitar 31 juta orang diseluruh dunia mengalami sepsis selama menjalani perawatan intensif dan menyebabkan lebih dari 5 juta kematian pertahun.
9. Tromboemboli vena atau gumpalan darah adalah salah satu penyebab paling umum terjadi yang berkontribusi pada sepertiga dari komplikasi pasien selama rawat inap. Misalnya terjadi tromboemboli vena pada saat pemasangan infus atau

injeksi intra vena. Setiap tahun, diperkirakan ada 9,9 juta kasus yang terjadi secara global.

K. LANGKAH-LANGKAH YANG DIPERLUKAN DALAM MENJAGA KESELAMATAN PASIEN

Untuk mencapai terlaksananya keselamatan pasien, maka rumah sakit dapat mengimplementasikan langkah-langkah keselamatan kerja sesuai dengan yang telah ditetapkan oleh Depkes RI tahun 2008. Beberapa langkah tersebut meliputi:

1. Membangun kesadaran pemberi pelayanan kesehatan tentang pentingnya nilai keselamatan pasien, menciptakan kepemimpinan dan budaya keselamatan pasien yang adil dan transparan.
2. Membangun komitmen yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien oleh pemimpin pelayanan kesehatan dan didukung oleh seluruh petugas kesehatan yang berperan dalam perawatan pasien.
3. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko melalui pengembangan sistem keselamatan pasien, proses pengelolaan risiko, serta mengidentifikasi potensial masalah yang dapat menimbulkan risiko keselamatan pasien.
4. Mengembangkan sistem pelaporan dan memastikan seluruh petugas kesehatan melaporkan insiden kecelakaan yang dialami pasien selama proses perawatan.
5. Melibatkan dan mengkomunikasikan kepada pasien tentang penerapan keselamatan pasien. Komunikasi yang efektif dan terbuka dapat meningkatkan keselamatan pasien.
6. Belajar dari pengalaman terkait keselamatan pasien dengan melakukan analisis masalah terhadap kesalahan medis yang pernah terjadi sehingga dapat merencanakan strategi baru untuk meningkatkan keselamatan pasien.

7. Melakukan pencegahan cedera dalam implementasi sistem keselamatan pasien.

L. SISTEM KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan pasien sangat penting untuk memberikan layanan kesehatan esensial yang berkualitas. Setiap organisasi atau fasilitas kesehatan harus memiliki dan menyelenggarakan keselamatan pasien untuk perawatan pasien yang lebih aman dengan tujuan mencegah terjadinya cedera yang diakibatkan kesalahan melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sistem tersebut meliputi pengenalan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, tindak lanjut dan implementasi solusi untuk meminimalkan (titania, 2019).

Definisi yang lain menyebutkan bahwa keselamatan pasien adalah metode ilmiah untuk mencapai sistem perawatan kesehatan yang andal yang meminimalkan tingkat insiden dan dampak dari efek samping dan memaksimalkan pemulihan dari insiden tersebut (Emanuel et al., 2008).

Sistem merupakan kumpulan elemen atau komponen yang diorganisasikan untuk tujuan bersama (Tech Target, No Date). Sementara definisi yang lain menyebutkan bahwa sistem adalah kumpulan dari bagian-bagian atau subsistem yang sangat terorganisir dan terintegrasi untuk mencapai tujuan secara keseluruhan. Sistem memiliki berbagai input, yang melalui proses tertentu dan untuk mencapai output tertentu, yang bersama-sama untuk mencapai tujuan yang diinginkan secara keseluruhan untuk sistem („define-system“, no date). Jadi suatu sistem biasanya terdiri dari banyak sistem yang lebih kecil, atau subsistem yang digabungkan untuk suatu tujuan tertentu yang disepakati bersama.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat ditarik kesimpulan sistem keselamatan pasien adalah gabungan dari sistem-sistem yang kecil, yang dirancang atau didesain yang berpusat pada pasien serta bertujuan untuk meningkatkan kualitas perawatan dan keselamatan pasien. Prinsip-prinsip ini dapat dikategorikan sebagai manajemen risiko, pengendalian infeksi, manajemen obat-obatan, lingkungan dan peralatan yang aman, pendidikan pasien dan partisipasi dalam perawatan sendiri, pencegahan luka tekan, perbaikan nutrisi, kepemimpinan, kerja tim, pengembangan pengetahuan melalui penelitian, rasa tanggung jawab dan akuntabilitas, dan pelaporan kesalahan praktik.

Joint commission menetapkan beberapa hal yang penting untuk membangun dan menjaga perkembangan sistem keselamatan pasien di fasilitas kesehatan. Hal-hal tersebut adalah: menjadi organisasi atau fasilitas kesehatan yang terus belajar, pemimpin petugas kesehatan harus berperan aktif untuk pengembangan keselamatan pasien, keselamatan pasien dibuat menjadi budaya di fasilitas kesehatan bukan slogan semata, menggunakan data untuk dievaluasi dan menganalisa serta perkembangan yang berkelanjutan, melakukan pendekatan proaktif untuk mencegah bahaya, serta mendorong patient dan keluarga untuk berpartisipasi aktif (Camcah, 2021).

World Health Organization – WHO dalam artikel patient safety (2019) menyebutkan bahwa untuk memastikan keberhasilan penerapan strategi keselamatan pasien, maka kebijakan yang dikeluarkan harus jelas. Untuk mengeluarkan kebijakan yang baik diperlukan kapasitas kepemimpinan yang baik. Selain itu diperlukan data untuk mendorong peningkatan keselamatan, serta profesional keselamatan kesehatan yang terampil dan keterlibatan pasien yang efektif dalam perawatan.

Sementara artikel How To Ensure Patient Safety In A Healthcare Setting (2018) memberikan 7 tips untuk memastikan penerapan sistem keselamatan pasien di fasilitas kesehatan berjalan dengan baik.

Ketujuh tips tersebut adalah:

1. Membangun sistem manajemen keselamatan dan kesehatan.
2. Bangun sistem response yang cepat.
3. Pastikan karyawan mengetahui dan memahami sistem kebijakan keselamatan pasien yang diterapkan.
4. Kembangkan rencana kepatuhan keselamatan
5. Praktek perawatan yang berpusat pada pasien
6. Komunikasikan informasi keselamatan pada pasien
7. Melakukan desain fasilitas kesehatan yang aman.

WHO telah mengeluarkan Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 yang dikenal dengan The seven strategic objectives (Sos) atau tujuh tujuan strategi secara global. Ketujuh tujuan tersebut adalah sebagai berikut:

1. SO1: Dalam perencanaan dan pemberian perawatan kesehatan dimana saja, bahaya yang dapat dihindari bagi pasien benar-benar harus dijadikan nol.
2. SO2: Bangun sistem kesehatan dan sistem kesehatan organisasi dengan keandalan tinggi yang melindungi pasien setiap hari dari kesalahan yang menyakiti.
3. SO3: Menjamin keamanan setiap proses klinis.
4. SO4: Libatkan dan berdayakan pasien serta keluarga untuk membantu dan mendukung perjalanan menuju kesehatan yang lebih aman dan peduli.
5. SO5: Menginspirasi, mendidik, melatih dan melindungi setiap pekerja kesehatan untuk berkontribusi pada sistem desain yang dibuat serta memberikan perawatan yang aman.
6. SO6: Pastikan aliran informasi yang konstan dan pengetahuan yang mumpuni untuk mendorong mitigasi risiko, pengurangan dalam tingkat bahaya dan perbaikan yang dapat dihindari dalam keselamatan perawatan.

7. SO7: Mengembangkan dan mempertahankan multisektoral dan sinergi multinasional, kemitraan dan solidaritas untuk meningkatkan keselamatan dan kualitas pasien perawatan.

M. ISTILAH INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

Dalam pelaporan dan pencatatan insiden keselamatan pasien yang terjadi di fasilitas kesehatan, harus sesuai dengan standar yang ada, baik secara nasional maupun secara internasional.

Adapun istilah insiden keselamatan pasien yang telah dikenal secara luas adalah sebagai berikut:

1. Insiden Keselamatan Pasien (IKP) / Patient safety incident adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan harm (penyakit, cedera, cacat, kematian, dan lain-lain) yang tidak seharusnya terjadi.
2. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) / adverse event adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (“Commission”) atau karena tidak bertindak (“Omission”), bukan karena “underlying disease” atau kondisi pasien.
3. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / Near miss adalah suatu insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien.
4. Kejadian Tidak Cedera (KTC) adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien tetapi tidak menimbulkan cedera. Dapat terjadi karena “keberuntungan” (misal: pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau “peringanan” (suatu obat dengan reaksi alergi diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya).

5. Kondisi Potensial Cedera (KPC) / “reportable circumstance” adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
6. Kejadian Sentinel (Sentinel Event) yaitu suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti: operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata “sentinel” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (misalnya amputasi pada kaki yang salah, dan sebagainya) sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

N. FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PELAKSANAAN KESELAMATAN PASIEN

Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keselamatan pasien. Pelaksanaan keselamatan pasien sering mengalami kesalahan. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keselamatan pasien yaitu faktor organisasi dan manajemen. Faktor-faktor tersebut adalah: budaya/keselamatan, manajer/pemimpin, komunikasi, petugas kesehatan, kerja sama/team work, stress, kelelahan, dan lingkungan kerja (KKP-RS, 2008; WHO, 2009):

1. Budaya keselamatan

Budaya keselamatan merupakan nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku berkomitmen untuk mendukung manajemen dan program kesehatan pasien (WHO, 2009). Budaya keselamatan pasien dasarnya mencerminkan sikap dan nilai pelaksana yang terkait dengan pengelolaan manajemen dan risiko keselamatan. Dimensi budaya keselamatan organisasi mencakup komitmen manajemen terhadap keselamatan, praktik kerja

yang berkaitan dengan keselamatan, kepatuhan terhadap peraturan keselamatan, risiko manajemen, pelaporan kesalahan dan insiden.

Budaya keselamatan telah menjadi masalah yang signifikan bagi organisasi kesehatan berusaha untuk meningkatkan keselamatan pasien. Organisasi perlu mengubah budaya karyawan untuk mudah untuk melakukan hal yang benar dan tidak melakukan kesalahan dalam perawatan pasien. Institute of medicine menyatakan, kesehatan organisasi perawatan harus mengembangkan budaya keselamatan sehingga proses desain organisasi dan tenaga kerja yang difokuskan pada tujuan yang jelas, peningkatan kompetensi dan proses keamanan perawatan (Kohn et al, 1999).

2. Manajer/pemimpin

Manajer/pemimpin mempunyai kemampuan untuk mempengaruhi orang terhadap pencapaian tujuan organisasi. Para manajer bertanggung jawab dalam menjalankan kebijakan dan prosedur yang telah dibuat dan telah disepakati bersama terkait dengan keselamatan pasien ditingkat unit pelayanan masing-masing dan memegang peranan pada setiap tingkat manajemen, mulai dari manajer bawah (kepala ruang), manajer menengah dan top manajer (Naylor, 2004).

Manajer/pemimpin memainkan peran penting dalam mengembangkan program keselamatan pasien. Manajer memimpin perubahan dan bertanggung jawab untuk menetapkan arah bagi suatu unit yang dipimpinnya. Manajer/pemimpin berkomitmen dan memberikan contoh yang dinyatakan dalam tindakan untuk keberhasilan program keselamatan pasien. Manajer tingkat menengah dan atas harus menunjukkan komitmen terhadap keselamatan pasien dengan cara mengunjungi ruang rawat secara periodik, sehingga mempengaruhi

budaya keselamatan para perawat pelaksana. Manajer tingkat bawah (kepala ruangan) sebagai manajer diruang rawat mempunyai peran yang sangat penting, salah satunya adalah membuat perencanaan ruangan. Perencanaan merupakan tahap yang sangat penting dan menjadi prioritas diantara fungsi manajemen yang lain. tahap perencanaan yang adekuat, proses manajemen akan mengalami kegagalan.

3. Komunikasi

Komunikasi sangat penting untuk efisiensi kerja dan untuk koordinasi antara pelaksana, tim dan manajer. Komunikasi dalam organisasi biasanya digambarkan sebagai satu arah (misalnya dalam instruksi tertulis) atau dua arah (percakapan misalnya dengan telepon). Perbedaan utama antara satu dan komunikasi dua arah adalah bahwa dua arah memberikan umpan balik yang memungkinkan pengirim dan penerima untuk memastikan bahwa arti dalam informasi tersebut telah dipahami. Masalah komunikasi dapat dikategorikan sebagai kegagalan sistem, pesan dan penerimaan, dapat menyebabkan kesalahan yang dapat terjadi sebagai individu gagal untuk menerima atau untuk menyampaikan informasi atau berkomunikasi (CCA, 2006). Kegagalan komunikasi merupakan penyebab utama membahayakan pasien. Analisis peristiwa 2.455 kejadian sentinel dilaporkan ke badan akreditasi di Amerika Serikat (JCAHO) mengungkapkan bahwa penyebab utama kejadian sentinel tersebut 70% adalah kegagalan komunikasi. Beberapa masalah utama berkaitan dengan *shift* atau *hand offer* pasien, kualitas informasi yang dicatat didokumen pasien, catatan kasus dan insiden laporan, efek status staf junior menghambat pelaporan, dan kesulitan transmisi informasi disuatu organisasi. Hal ini perlu diciptakan memberikan kesempatan kepada semua anggota tim untuk berbicara dan bertukar informasi dengan baik (Haynes, 2009).

Permenkes RI (2011) mengemukakan komunikasi yang efektif masuk dalam sasaran keselamatan pasien sasaran II peningkatan komunikasi yang efektif yaitu komunikasi efektif dan tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien.

4. Petugas kesehatan

Petugas kesehatan memiliki kemampuan untuk peduli dan perhatian bagi keselamatan pasien. Terkait dengan keselamatan pasien yang paling mudah dilakukan oleh petugas kesehatan adalah menjaga kebersihan tangan, untuk membatasi penularan patogen. Kepatuhan menjaga kebersihan tangan merupakan perubahan perilaku yang mendasar bagi petugas kesehatan. Karakteristik petugas dan individu mempengaruhi perilaku yang bekerja dengan cara yang dapat mempengaruhi kesehatan dan keselamatan yaitu umur dan tingkat perkembangan. Seseorang akan belajar untuk menjaga diri terhadap kemungkinan bahaya melalui proses belajar dan pengalaman yang didapat dalam lingkungan. Kemampuan untuk mengenali dan mencegah bahaya seiring dengan penambahan usia dan tingkat perkembangannya (Potter & Perry, 2010).

O. PROGRAM KESELAMATAN PASIEN

Langkah-langkah pelaksanaan patient safety

Pelaksanaan “patient safety” meliputi:

Sembilan solusi keselamatan pasien di RS (*WHO Collaborating Centre For Patient Safety*, 2 May 2007), yaitu:

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

2. Pastikan identitas pasien
3. Komunikasi secara benar saat serah terima pasien
4. Pastikan tindakan yang benar pada sisi tubuh yang benar
5. Kendalikan cairan elektrolit pekat
6. Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan
7. Hindari salah kateter dan salah sambung slang
8. Gunakan alat injeksi sekali pakai
9. Tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.

P. KESELAMATAN DAN KUALITAS ADALAH KONSEP YANG BERKELANJUTAN

Keselamatan dan kualitas dapat diartikan sebagai: perawatan yang tepat, di tempat yang tepat, pada waktu dan biaya yang tepat. Lebih lanjut dikatakan bahwa sistem kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi memberikan perawatan yang paling tepat dan bernilai terbaik, sekaligus menjaga pasien tetap aman dari bahaya yang dapat dicegah. (safety and quality of health care, 2020). Keselamatan pasien dan kualitas pelayanan tidak dapat dipisahkan dan sangat penting di semua bidang sistem kesehatan. Ketika perawatan dalam fasilitas kesehatan aman, tentunya kualitas perawatan tersebut akan baik.

Dengan perkataan lain, ketika fasilitas kesehatan memberikan perawatan dengan kualitas terbaik, itu berarti kualitas perawatan yang diberikan dalam sistem kesehatan sangat penting bagi semua pasien dan keluarga.

Salah satu cara untuk mengidentifikasi peluang dalam meningkatkan keselamatan pasien adalah dengan menerapkan praktik peningkatan kualitas berkelanjutan (Galt, Paschal & Gleason, no date). Keselamatan dan kualitas akan

terus meningkat jika terus dianalisa secara berkesinambungan serta diperbaharui ke arah yang lebih baik.

Secara umum, konsep keselamatan pasien dan kualitas merupakan kesatuan dari pembentukan sistem kerja, kemudian proses untuk menjalankan sistem tersebut yang bertujuan untuk menghasilkan outcomes yang baik. Proses ini akan berlangsung terus menerus untuk guna menyempurnakan teknologi dan instrument yang digunakan, lingkungan yang lebih aman, organisasi yang lebih mendukung serta peran dan tanggung jawab setiap individu dalam menjalankan proses perawatan pasien yang lebih baik lagi, agar menghasilkan mutu yang baik dan keamanan pasien, tenaga medis yang lebih maksimal.

BAB VI

BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

A. DEFINISI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Budaya keselamatan pasien merupakan hal yang penting dalam keselamatan pasien. Membangun budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk mewujudkan keselamatan pasien secara keseluruhan. Fokus pada budaya keselamatan pasien akan lebih berhasil apabila di bandingkan hanya fokus pada program keselamatan saja (Fleming, 2006; Reason, 2000). Budaya keselamatan pasien secara garis besar di pengaruhi oleh empat dimensi yaitu terbuka (open), adil (just), dan informatif dalam melaporkan kejadian yang terjadi (reporting) dan belajar dari kesalahan yang ada (learning). Bersikap terbuka dan adil berarti berbagi informasi secara terbuka dan bebas, dan perlakuan adil bagi perawat ketika sebuah kejadian terjadi (NPSA, 2004). Informasi yang akurat membantu dalam pencegahan kejadian dari keselamatan pasien. Sistem pelaporan di gunakan untuk memberikan informasi kepada pihak managerial mengenai kejadian yang terjadi dan sebagai pembelajaran sehingga kejadian yang sama tidak terulang (Carther & Clarke, 2010). Budaya keselamatan pasien juga dapat mengurangi pengeluaran financial yang di akibatkan oleh kejadian keselamatan pasien (NPSA, 2004). Menurut *Agency Of Health Research And Quality* (2004) dalam menilai budaya keselamatan pasien di rumah sakit terdapat beberapa aspek atau dimensi yang perlu diperhatikan yaitu harapan dan tindakan supervisor atau manajer dalam mempromosikan keselamatan pasien, pembelajaran berkelanjutan, kerja sama tim dalam unit, keterbukaan komunikasi, umpan balik terhadap error, respon tidak menyalahkan, staf yang adekuat, persepsi

secara keseluruhan, dukungan manajemen rumah sakit, penyerahan dan oemindahan pasien dan frekuensi pelaporan kejadian.

Dalam budaya keselamatan pasien terdapat budaya untuk melaporkan kesalahan ataupun kejadian nyaris cedera, pelaporan tersebut di gunakan sebagai pembelajaran bagi organisasi dalam memperbaiki sistem pelayanan, budaya tersebut hanya dapat berkembang dalam suasana yang tidak memojokan atau mempermasalahkan individu sehingga tercipta keterbukaan dan sikap jujur. Mahajan (2010) menyebutkan faktor yang menghambat pelaporan kesalahan media antara lain adanya hukuman bagi individu yang mengalami kesalahan, budaya keselamatan yang buruk, kurangnya pengertian diantara klinis tentang apa yang perlu di laporkan dan bagaimana pelaporan kejadian dapat memberikan manfaat bagi perbaikan sistem pelayanan. Secara khusus kurangnya analisis yang sistematis dan kurangnya umpan balik menyebabkan keterlibatan yang rendah dari para klinisi dalam pelaporan kejadian.

Budaya keselamatan merupakan nilai, persepsi dan perilaku yang dianut oleh setiap individu di organisasi. Setiap individu dan grup bertanggung jawab terhadap keselamatan berprilaku menjaga meningkatkan dan mengkomunikasikan tentang keselamatan, berusaha untuk belajar aktif dari setiap kesalahan yang terjadi.

Budaya keselamatan pasien, merupakan nilai, kepercayaan yang di anut bersama dan berkaitan dengan struktur organisasi, dan sistem pengawasan dan pengendalian untuk menghasilkan norma-norma perilaku. Budaya keselamatan di pelayanan kesehatan di artikan sebagai keyakinan, nilai perilaku yang di kaitkan dengan keselamatan pasien yang secara tidak sadar di anut bersama oleh anggota organisasi.

Budaya keselamatan merupakan bagian penting dalam keseluruhan budaya organisasi yang diperlukan dalam institusi kesehatan. Budaya keselamatan didefinisikan sebagai seperangkat keyakinan, norma, perilaku, peran dan praktek sosial maupun teknik dalam meminimalkan pajanan yang membahayakan atau mencelakakan karyawan, manajemen, pasien atau anggota masyarakat lainnya.

Blegen (2006) berpendapat persepsi yang dibagikan diantara anggota organisasi ditujukan untuk melindungi pasien dari kesalahan tatalaksana maupun cedera akibat intervensi. Persepsi ini meliputi kumpulan norma, standar profesi, kebijakan, komunikasi dan tanggung jawab dalam keselamatan pasien. Budaya ini kemudian memengaruhi keyakinan dan tindakan individu dalam memberikan pelayanan.

B. MANFAAT BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Budaya keselamatan pasien merupakan hal yang penting dalam keselamatan pasien. Membangun budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk mewujudkan keselamatan pasien secara keseluruhan. Fokus pada budaya keselamatan pasien akan lebih berhasil apabila dibandingkan hanya fokus pada program keselamatan saja. Budaya keselamatan pasien merupakan langkah awal dalam mewujudkan keselamatan pasien. Budaya keselamatan akan membantu organisasi dalam membuat kebijakan tentang keselamatan pasien.

Manfaat utama dalam budaya keselamatan pasien adalah organisasi menyadari apa yang salah dan pembelajaran terhadap kesalahan tersebut. Manfaat lain dalam budaya keselamatan pasien antara lain:

1. Organisasi kesehatan lebih tahu jika ada kesalahan yang akan terjadi atau jika kesalahan telah terjadi

2. Meningkatnya laporan kejadian yang di buat dan belajar dari kesalahan yang terjadi akan berpotensi menurunkan kejadian yang sama berulang kembali dan keparahan dari keselamatan pasien
3. Kesadaran akan keselamatan pasien, yaitu bekerja untuk mencegah error dan melaporkan jika ada kesalahan
4. Berkurangnya perawat yang merasa tertekan, bersalah, malu karena kesalahan yang telah di perbuat
5. Berkurangnya turn over pasien, karena pasien yang pernah mengalami insiden, pada umumnya akan mengalami perpanjangan hari perawatan dan pengobatan yang di berikan lebih dari pengobatan yang seharusnya di terima oleh pasien
6. Mengurangi biaya yang di akibatkan oleh kesalahan dan penambahan terapi
7. Mengurangi sumber daya yang di butuhkan untuk mengatasi keluhan pasien

C. DIMENSI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Dimensi budaya keselamatan pasien menurut *Agency For Health Care Research And Quality (AHRQ)* adalah *The Hospital Survey On Patient Safety* dengan 12 elemen untuk mengukur budaya keselamatan pasien.

Agency For Health Care Research And Quality (AHRQ), Menilai dimensi budaya keselamatan pasien melalui tiga aspek:

1. Tingkat unit, mencakup: *supervisor atau manajer action promoting safety, organizational learning* – perbaikan berkelanjutan, kerja sama dalam unit di rumah sakit, komunikasi yang terbuka, umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan, respon tidak mempersalahkan terhadap kesalahan, manajemen ketenagakerjaan.

2. Tingkat rumah sakit, mencakup: dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien, kerja sama antar unit di rumah sakitm perpindahan dan transisi pasien
3. Keluaran, mencakup: persepsi keseluruhan staf di rumah sakit terkait keselamatan pasien, frekuensi pelaporan kejadian, peringkat keselamatan pasien.

Dimensi budaya keselamatan pasien (Clark 2011), yaitu:

1. Dimensi budaya keterbukaan (open culture)

Komunikasi tentang keselamatan pasien telah menjadi standar dalam *Joint Commission Accreditation Of Health Organization* sejak tahun 2010. Komunikasi terbuka dapat diwujudkan pada saat serah terima, briefing dan ronde keperawatan. Perawat menggunakan komunikasi terbuka pada saat serah terima dengan mengkomunikasikan kepada perawat yang lain tentang resiko terjadi insiden melibatkan pasien serah terima, briefing di gunakan untuk berbagi informasi seputar keselamatan pasien yang potensial terjadi dalam kegiatan sehari-hari, ronde keperawatan dapat di lakukan setiap minggu dan berfokus hanya pada keselamatan pasien.

2. Dimensi budaya keadilan (just culture)

Budaya tidak menyalahkan perlu di kembangkan dalam menumbuhkan budaya keselamatan pasien, perawat dan pasien di perlakukan secara adil ketika terjadi insiden. Ketika terjadi insiden tidak fokus untuk mencari kesalahan individu tetapi lebih mempelajari secara sistem yang mengakibatkan terjadi kesalahan. Fokus pada kesalahan yang di perbuat perawat akan memengaruhi psikologis perawat. Kesalahan yang di lakukan perawat berdampak secara psikologis yang dapat menurunkan kinerja.

3. Budaya pelaporan (reporting culture)

Pelaporan kejadian merupakan suatu sistem yang penting dalam membantu mengidentifikasi masalah keselamatan pasien dan dalam menyediakan data pada organisasi dan sistem pembelajaran pelaporan merupakan unsur penting dari keselamatan pasien. Informasi yang adekuat pada pelaporan akan di jadikan bahan oleh organisasi dalam pembelajaran.

National Patient Safety Association NPSA (2009) menyatakan lima langkah menuju sistem pelaporan kejadian, antara lain berikan umpan balik pada staf saat mereka memberikan pelaporan kejadian, berfokus pada pembelajaran tentang kejadian dengan akar masalah, pelatihan tentang pelaporan kejadian, dan lomba pelaporan internal. Lima langkah berikutnya adalah membuat alat yang mudah untuk mencatat laporan kejadian yang di lakukan, membudayakan pelaporan menjadi sebagai upaya untuk peningkatan mutu, serta budaya bukan mencari kesalahan individu.

4. Budaya pembelajaran (learning culture)

Setiap lini dalam organisasi baik perawat maupun manajemen menggunakan insiden yang terjadi sebagai proses belajar perawat dan manajemen berkomitmen untuk mempelajari kejadian yang terjadi, mengambil tindakan atas kejadian tersebut untuk diterapkan sehingga dapat mencegah terulangnya kesalahan. Umpan balik dari organisasi dan rekan satu tim merupakan suatu bentuk dari budaya belajar.

Dimensi budaya keselamatan pasien (Reason 2012):

1. Kepemimpinan

Dalam menciptakan budaya keselamatan pasien dan menurunkan angka kesalahan, di perlukan pemimpin yang menanamkan budaya yang jelas, mendukung usaha pegawai, dan tidak bersifat menghukum yang di sebut dengan kepemimpinan transformasional. Budaya keselamatan pasien yang kuat dengan sendirinya akan menurunkan angka kesalahan medis.

2. Evidence Based

Menurut Hoolleman,et,al (2006) menyatakan evidence based akan dapat meningkatkan keselamatan pasien, dimana evidence based dapat di lakukan dengan beberapa langkah, yaitu: mengkaji kebutuhan praktik keperawatan, menghubungkan intervensi dengan outcome, melakukan sintesis evidence based terbaik, melakukan desain perubahan praktik keperawatan, melakukan implementasi dan evaluasi perubahan praktik dan mengintegrasikan dan menjaga perubahan evidence based tersebut. Evidence based dalam pelaksanaan keselamatan pasien di gunakan untuk meningkatkan pemahaman, keterampilan dan pengetahuan perawat melalui implementasi yang di dasarkan pada kajian ilmiah yang telah terbukti.

3. Patiend Centered Care

Pelayanan berfokus pada pasien dapat meningkatkan pelayanan keperawatan dan dapat meningkatkan caring dan lingkungan pengobatan sejak masuk rumah sakit. *Patient-centered care* merupakan asuhan yang menghormati dan responsif terhadap pilihan, kebutuhan dan nilai-nilai pribadi pasien. Serta memastikan bahwa nilai-nilai pasien menjadi panduan bagi semua keputusan klinis.

Salah satu fokus patient centered adalah di harapkan keselamatan pasien dapat meningkat, dimana perawat di harapkan dapat melakukan asisment pasien, proses asesmes pasien yang paling efektif akan menghasilkan keputusan tentang

pengobatan pasien yang harus segera dilakukan dan kebutuhan pengobatan berkelanjutan untuk emergensi, efektif atau pelayanan terencana, bahkan ketika kondisi pasien berubah. Proses asesmen pasien adalah proses yang terus menerus dan dinamis yang digunakan pada sebagian besar unit kerja rawat inap dan rawat jalan dengan pelaksanaan assesment yang baik maka dapat mencegah terjadinya kejadian yang tidak diharapkan (KTD).

4. Kerja sama di rumah sakit

Tim kerja dapat diartikan sebagai teamwork. Tim kerja merupakan sekumpulan individu dengan keahlian yang spesifik yang bekerja sama dan saling berinteraksi untuk mencapai tujuan yang sama yang membutuhkan komitmen bersama, saling percaya dan saling menghormati. Tim adalah sekelompok orang yang bekerja sama dan menghasilkan hasil yang bermakna dalam mengkombinasikan keahlian dan kemampuan masing-masing individu yang menjadi tanggung jawabnya. Perawat dapat bekerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya seperti dokter dan apoteker dalam keakuratan pemberian obat kepada pasien.

5. Pembelajaran

Pembelajaran dengan orang lain dalam tim menjadi sumber yang berpengaruh dalam penghargaan pembelajaran sendiri individu tentang isu keselamatan pasien. Setiap disiplin ilmu yang berbeda akan memperhatikan keselamatan pasien berdasarkan prioritas masing-masing.

6. Komunikasi

Komunikasi adalah proses tukar-menukar pikiran, perasaan, pendapat dan saran yang terjadi antara dua manusia atau lebih yang bekerja bersama. Komunikasi yang kurang baik dapat mengganggu kelancaran organisasi dalam

mencapai tujuan organisasi. Perawat berperan dalam meningkatkan komunikasi dengan pasien dan tenaga kesehatan lainnya.

Pelayanan kesehatan yang aman dan efektif membutuhkan komunikasi antara individu dengan berbagai macam aturan, kemampuan, pengalaman, dan pandangan komunikasi adalah inti dari masalah dan penyelesaiannya. Komunikasi penting untuk menjaga pengetahuan pegawai akan strategi keselamatan. Masalah seringkali berasal dari komunikasi yang tidak efektif yang berasal dari kurangnya pengetahuan. Komunikasi efektif dan kolaborasi tidak hanya semata-mata berkaitan dengan teknik atau menjadi pendengar yang baik, atau anggota tim yang berkualitas saja, namun kemampuan berkomunikasi dan perilaku komunikasi yang baik sangatlah penting sebagai bagian dari budaya.

7. Keadilan atau respon tidak menghukum ketika terjadi kesalahan

Walshe and Boaden (2006) menyatakan bahwa kesalahan medis sangat jarang di sebabkan oleh faktor kesalahan manusia secara tunggal, namun lebih banyak di sebabkan karena kesalahan sistem di rumah sakit, yang mengakibatkan rantai-rantai dalam sistem terputus. Yahya (2006) berpendapat tenaga profesional adalah perfeksionis sehingga apabila terjadi kesalahan, maka akan mengakibatkan permasalahan psikologis sehingga akan berdampak pada penurunan kinerja, karenanya pertanyaan individual perlu di hindarim dan fokus pada apa yang terjadi, bukan siapa yang melakukan, hambatan dalam melakukan kerja yang baik, serta kejadian apalagi yang mungkin bisa timbul.

D. SURVEY BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Survey budaya keselamatan pasien dapat di lakukan berdasarkan elemen yang mendasari dan berdasarkan tingkat maturitas dari organisasi dalam menerapkan

budaya keselamatan pasien. Standar pengukuran budaya keselamatan pasien di kembangkan oleh beberapa organisasi seperti AHRQ, Standford dan MaPSaF. Survey budaya keselamatan yang di kembangkan oleh Agency For Health Care Research And Quality (AHRQ) adalah *the hospital survey on patient safety* dengan 12 elemen untuk mengukur budaya keselamatan pasien, meliputi kerjasama dalam unit, kerjasama antar unit, ekspektasi manajer, pembelajaran organisasi, dukungan manajemen, persepsi keselamatan pasien, umpan balik dan komunikasi, komunikasi terbuka, pelaporan kejadian, staffing, hand over dan transisi, dan respon tidak menghukum.

Stanford mengembangkan instrumen *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) mengidentifikasi 6 elemen, meliputi kerjasama, iklim keselamatan, kepuasan kerja, kondisi stress, persepsi manajemen, dan kondisi kerja. Stanford instrument (SI) melihat dari 5 elemen budaya keselamatan pasien, antara lain organisasi, departemen, produksi, pelaporan, dan kesadaran diri. Sedangkan modifikasi dari standford instrumen yaitu Modified Stanford Instrument (MSI) hanya mengidentifikasi 3 elemen yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien, yaitu nilai keselamatan, takut atau reaksi negatif, persepsi keselamatan. Walaupun instrumen yang di kembangkan menggunakan elemen yang berbeda-beda, namun pada dasarnya elemen-elemen yang ada pada setiap instrumen tersebut untuk mengukur 4 dimensi budaya keselamatan kerja, yaitu keterbukaan (*open culture*), keadilan (*just culture*), pelaporan (*report culture*), dan pembelajaran dari masalah (*learning culture*).

Tingkat kematangan (*maturity*) organisasi dalam menerapkan budaya keselamatan pasien terdiri dari 5 elemen, yaitu patologis, reaktif, kalkutif, proaktif dan generative. *Manchester Patient Survey Assesment Framework* (MaPSaF) mengembangkan 5 elemen tersebut sebagai pedoman bagi organisasi dalam mengembangkan budaya keselamatan pasien.

Tingkat maturitas budaya keselamatan pasien menurut Manchester Patient Survey

Assesment Framework (MaPSaF)

No	Tingkat Maturitas	Pendekatan budaya keselamatan pasien
1.	Patologis	Organisasi belum memiliki sistem yang mendukung budaya keselamatan pasien
2.	Reaktif	Organisasi hanya berfikir keselamatan setelah terjadinya insiden. Sistem bersifat fragmentasi dikembangkan hanya pada saat akreditasi dan reaktif terhadap insiden yang terjadi
3.	Kalkulatif	Sistem sudah terbuka tetapi implementasinya bersifat segmetasi hanya pada event tertentu
4.	Proaktif	Organisasi aktif meningkatkan persepsi keselamatan pasien reward atas peningkatan keselamatan pasien sistim bersifat komprehensif dan melibatkan stakeholder pendekatan berbasis pada bukti (evidance based)
5.	Geeneratif	Budaya keselamatan pasien sudah terintegrasi dengan tujuan rumah sakit, organisasi mengevaluasi efektifitas intervensi dan selalu belajar dari kegagalan sebelumnya.

Sumber: (Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF), 2006. Fleming & Wenztel, 2008)

PENUTUP

Manajemen keperawatan adalah proses kerja setiap perawat untuk memberikan pengobatan dan kenyamanan terhadap pasien. Tugas manajer keperawatan adalah merencanakan, mengatur, mengarahkan, dan mengawasi keuangan yang ada, peralatan dan sumber daya manusia untuk memberikan pengobatan yang efektif dan ekonomis pada pasien (Gillies, 2020).

Ruang lingkup Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) harus tetap berada di semua lini kegiatan, baik di sektor formal maupun non formal, sebab potensi ancaman bahaya kecelakaan dan kesehatan kerja selalu akan mengancam dimanapun berada.

Keselamatan atau safety adalah bebas dari bahaya atau risiko. Keselamatan pasien atau patient safety merupakan disiplin perawatan kesehatan dengan kompleksitas yang berkembang dalam sistem pemberian pelayanan kesehatan. Menurut World Health Organization (WHO) “Safety is a fundamental principle of patient care and critical component of quality management” yang juga berarti keselamatan adalah prinsip dasar perawatan pasien dan komponen penting dari manajemen mutu sebuah pelayanan kesehatan. Dalam hal ini, keselamatan pasien merupakan suatu keadaan aman atau tidak adanya bahaya yang mengancam pasien selama proses perawatan.

DAFTAR ISI

- Hadi, I. (2017). *Manajemen Keselamatan Pasien*. Yogyakarta: Deepublish.
- Ida Ayu, N. (t.thn.). *Keselamatan Pasien Dan Keselamatan Kesehatan Kerja Dalam Keperawatan*. Purwokerto: Rizmedia.
- Mandias, R. d. (2021). *Keselamatan Pasien Dan Keselamatan Kesehatan Kerja Dalam Keperawatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Nurhayati. (2021). *Keselamatan Pasien Dan Kesehatan Kerja Dalam Keperawatan*. Aceh: Syiah Kuala University Press.
- Susanti, S. d. (2020). *Manajemen Dan Kepemimpinan Dalam Keperawatan*. Yayasan Kita Menulis.

BUKU AJAR MANAJEMEN K3 DALAM KEPERAWATAN

Fajar Adhie Sulistyو

Keselamatan menjadi isu global dan terangkum dalam lima isu penting yang terkait di rumah sakit yaitu keselamatan pasien, keselamatan pekerja atau petugas kesehatan, keselamatan bangunan dan peralatan di rumah sakit yang bisa berdampak terhadap keselamatan pasien dan petugas. Keselamatan lingkungan yang berdampak terhadap pencemaran lingkungan dan keselamatan bisnis rumah sakit yang terkait dengan kelangsungan hidup rumah sakit. Keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan terkait dengan isu mutu dan citra perumahsakitannya. Gerakan (Patient Safety) keselamatan pasien telah menjadi spirit dalam pelayanan rumah sakit seluruh dunia tidak hanya rumah sakit di negara maju yang menerapkan keselamatan pasien untuk menjamin mutu pelayanan, tetapi juga rumah sakit di negara berkembang seperti di Indonesia.

ISBN 978-602-5982-73-6

