



SKRIPSI

**HUBUNGAN ASSESSMENT RISIKO, IDENTIFIKASI DAN PENGELOLAAN
RISIKO PASIEN TERHADAP KESELAMATAN PASIEN
DI RSUD HARAPAN DAN DOA KOTA
BENGKULU TAHUN 2024**

STEEFANI JAVALINT ALFANIA
NIM : 202004025

**PROGRAM STUDI SARJANA REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
TAHUN 2024**



SKRIPSI

**HUBUNGAN ASSESSMENTRISIKO, IDENTIFIKASI DAN PENGELOLAAN
RISIKO PASIEN TERHADAP KESELAMATAN PASIEN
DI RSUD HARAPAN DAN DOA KOTA
BENGKULU TAHUN 2024**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan
Program Studi Sarjana Rekam Medis dan Informasi Kesehatan**

**STEEFANI JAVALINT ALFANIA
NIM : 202004025**

**PROGRAM STUDI SARJANA REKAM MEDIS DAN INFORMASI KESEHATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SAPTA BAKTI
TAHUN 2024**

HALAMAN PENGESAHAN
HUBUNGAN ASSESSMENTRISIKO, IDENTIFIKASI DAN PENGELOLAAN
RISIKO PASIEN TERHADAP KESELAMATAN PASIEN
DI RSUDHARAPAN DAN DOA KOTA
BENGKULU TAHUN 2024

OLEH

Steefani Javalint Alfanía
202004025

Telah Diuji dan Dipertahankan di Hadapan Tim Penguji
Skripsi Stikes Sapta Bakti pada tanggal 13 Juli 2024 dan
dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing

Nofri Heltiani, S.Si, M.Kes
NIDN. 02.03068604

Penguji I

Penguji II

Djusmalinar, SKM, M.Kes

Ismail Arifin, M.Kom

Bengkulu,
Ka. Program Studi S1 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
STIKes Sapta Bakti

Nofri Heltiani, S.Si, M.Kes
NIK. 2010.070

PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : **Steefani Javalint Alfanía**
NIM : 202004025
Program Studi : S1 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan
Institusi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti Bengkulu

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Skripsi yang saya tulis ini adalah benar – benar merupakan hasil karya tulis sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan ata pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Skripsi ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Mengetahui
Dosen Pembimbing,

Bengkulu, 30 Agustus 2024

Yang Membuat Pernyataan,

Nofri Heltiani, S.Si M.Kes
NIK. 2010.070

Steefani Javalint Alfanía
NIM. 202004025

**HUBUNGAN ASSESSMENT RISIKO, IDENTIFIKASI DAN PENGELOLAAN
RISIKO TERHADAP KESELAMATAN PASIEN DI RSUD
HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU**

ABSTRAK

Xiii Halaman Awal+ 80 Halaman Inti + 10 Lampiran
Steevani Javalint Alfania, Nofri Heltiani

Masalah: Assessment Risiko merupakan melibatkan pengenalan potensi risiko infeksi yang dapat terjadi di ruang perawatan. Identifikasi pasien sangat penting dan membantu untuk memastikan bahwa pasien menerima tingkat perawatan yang diperlukan dan sesuai dengan kebutuhan medis pasien tersebut. Infeksi aliran darah merupakan salah satu dari kejadian HAI's yang menjadi masalah di fasilitas pelayanan kesehatan. Infeksi aliran darah (IAD) merupakan kasus infeksi yang dapat ditemukan di fasilitas pelayanan kesehatan selama pasien mendapatkan perawatan di rumah sakit. Kasus PPI merupakan kasus infeksi yang apabila melebihi standar dapat berpengaruh terhadap mutu pelayanan kesehatan rumah sakit.

Tujuan: Diketahui hubungan dari assessment, identifikasi dan pengelolaan risiko terhadap keselamatan pasien di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu

Metode: observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*, menggunakan data primer dengan cara univariat dan bivariat. Populasi pada penelitian ini 30 pasien maka sampel pada penelitian ini total populasi.

Hasil: penelitian ini menunjukkan hasil uji statistik untuk assessment risiko terhadap keselamatan pasien pada ruangan raudah (*p value* 0,000), marwah (*p value* 0,004) dan mina (*p value* 0,002) sedangkan untuk identifikasi dan pengelolaan risiko terhadap keselamatan pasien raudah (*p value* 0,001), marwah (*p value* 0,001) dan mina (*p value* 0,000). Berdasarkan uji statistik maka H_0 diterima atau terdapat hubungan yang signifikan.

Saran: diharapkan dapat meningkatkan kepatuhan dalam assessment risiko bagi pasien yang akan dirawat inap dan melakukan pengawasan lebih lanjut bagi pasien yang telah mendapatkan perawatan 3x24 jam agar pasien pada saat pulang dalam keadaan tidak terinfeksi IAD.

Kata Kunci: Assessment Risiko, Identifikasi dan pengelolaan risiko, keselamatan pasien

Referensi: 2015 – 2024

**THE RELATIONSHIP BETWEEN RISK ASSESSMENT, IDENTIFICATION
AND MANAGEMENT OF RISKS TO PATIENT SAFETY IN RSUD
HARAPAN DAN DOA KOTA BENGKULU**

ABSTRACT

Xiii Homepage + 80 Core Page + 10 Attachments

Steevani Javalint Alfanía, Nofri Heltiani

Problem: *Risk Assessment involves recognizing potential infection risks that can occur in the treatment room. Patient identification is essential and helps to ensure that patients receive the level of care that is necessary and appropriate to their medical needs. Bloodstream infection is one of the HAI's that is a problem in health care facilities. Bloodstream infection (IAD) is an infection case that can be found in health care facilities during the patient's hospitalization. IAD cases are cases of infection that if they exceed the standard can affect the quality of hospital health services.*

Objective: *The relationship of risk assessment, identification and management to patient safety at Harapan and Doa Hospital, Bengkulu City is known*

Methods: *observational analytic with a cross sectional approach, using primary data by means of univariate and bivariate. The population in this study was 30 patients, so the sample in this study was the total population.*

Result: *This study shows the results of statistical tests for risk assessment of patient safety in the raudah room (p value 0.000), marwah room (p value 0.004) and mina room (p value 0.002) while for eliminating and managing safety risks to raudah patients (p value 0.001), marwah (p value 0.001) and mina (p value 0.000). based on statistical tests, H_a is accepted or there is a significant relationship.*

Suggestion: *it is expected to increase compliance in risk assessment for patients who will be hospitalized and conduct further supervision for patients who have received 3x24 hour treatment so that patients at the time of discharge are not infected with IAD.*

Keywords: *Risk Assessment, Identification and management of risk, patient safety*

Reference: *2015 - 2024*

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Skripsi. Penulisan Skripsi dilakukan dalam rangka tugas akhir Program Studi S1 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Sapta Bakti. Skripsi disusun dengan bantuan dari berbagai pihak. Oleh sebab itu pada kesempatan ini secara khusus penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada Ibu Nofri Heltiani, S.Si, M.Kes sebagai dosen pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing dalam penyusunan ini secara telaten dan penuh kesabaran.

Selain itu penyusun juga mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Hj. Djusmalinar, SKM, M.Kes selaku Ketua STIKes Sapta Bakti dan sekaligus Dosen Penguji I yang telah meluangkan waktu dan memberikan saran dalam penyempurnaan Skripsi.
2. Ibu Nofri Heltiani, S.Si, M.Kes selaku Ketua Program Studi S1 Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.
3. Bapak Ismail Arifin, M.Kom selaku Dosen Penguji II yang telah meluangkan waktu dan memberikan saran dalam Skripsi.
4. Teristimewa untuk kedua orang tua peneliti yang tercinta bapak dan mama yang selalu menjadi penyemangat peneliti yang tidak henti-hentinya memberikan kasih sayang dengan penuh cinta dan selalu memberikan doa, mendidik dengan penuh kesabaran, memberikan dukungan moral dan material selama ini untuk keberhasilan putrinya terutama dalam penyelesaian skripsi ini.
5. Segenap Dosen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan yang telah memberikan ilmu pada peneliti.

6. Sahabat terbaik sekaligus teman seperjuangan selama perkuliahan Falin Athamila Putri, Lezza Afrilia Utari dan Dwi Ayu Rahmawati yang selalu menemani dan memberikan dukungan kepada penulis dari awal perkuliahan hingga menyelesaikan skripsi ini dengan baik.
7. Kepada sahabat seperjuangan penulis yang selalu memberikan saran dan dukungan kepada penulis Salsabila Rifdah Putri Wijaya, Febi Oktari dan Rona Uli Artha Siahaan yang selalu mendukung penulis dalam mengerjakan hingga menyelesaikan skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa Skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan. Mengingat keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki oleh peneliti, maka peneliti mengharapkan pembaca dapat memberikan kritik dan saran yang bersifat membangun.

Dengan segala kerendahan hati, peneliti memohon maaf atas kekurangan tersebut.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Bengkulu, 30 Agustus 2024

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....	iii
ABSTRAK.....	iv
ABSTRACT.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR.....	xi
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Praktis.....	7
E. Keaslian Penelitian	8
BAB II LANDASAN TEORI	11
A. Standar Keselamatan Pasien.....	11
1. Definisi Standar keselamatan pasien	11
2. Jenis – jenis Pelayanan Rumah Sakit.....	13
3. Klasifikasi Rumah Sakit.....	14
4. Pelayanan Rawat Inap.....	14
5. Kualitas Pelayanan Rawat Inap	15
B. Unit Rawat Inap (URI).....	16
1. Definisi Unit Rawat Inap.....	16
2. Informasi yang dihasilkan dari Unit Rawat Inap	16
C. Keselamatan Pasien di Rumah Sakit	17
1. Definisi Keselamatan Pasien	17
2. Tujuan Program Keselamatan Pasien	18
3. Tujuh Langkah Keselamatan Pasien.....	18
4. Sasaran Keselamatan Pasien.....	19
D. HAI's (Health Associated Infection).....	19
1. Definisi HAI's	19
2. Rantai penularan.....	20
3. Jenis dan faktor risiko	21

4. Perlindungan kesehatan petugas.....	22
5. Kawaspadaan berbasis transmisi.....	23
E. Standar pencegahan dan pengendalian infeksi terkait pelayanan kesehatan	25
F. Assessesment Risiko.....	37
G. Identifikasi dan pengelolaan risiko	37
H. Kerangka Teori	39
I. Kerangka Konsep.....	39
J. Hipotesis.....	40
BAB III METODE PENELITIAN	41
A. Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian	41
1. Jenis Penelitian.....	41
2. Rancangan Penelitian.....	41
B. Subjek dan Objek Penelitian	41
1. Subyek.....	41
2. Obyek.....	41
C. Definisi Operasional	42
D. Lokasi dan Waktu Penelitian	43
E. Instrumen Penelitian dan Teknik Pengumpulan Data	43
1. Instrumen.....	43
2. Teknik Pengumpulan Data	44
F. Analisis Data.....	45
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....	46
A. Jalannya Penelitian.....	46
B. Hasil Penelitian.....	47
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	77
A. Kesimpulan	77
B. Saran.....	78
DAFTAR PUSTAKA	80

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Tabel Keaslian Penelitian	8
Tabel 3. 1 Definisi Operasional	42
Tabel 4. 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Petugas Pada Ruang Raudah di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2024	47
Tabel 4. 2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Petugas Pada Ruang Marwah di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2024	49
Tabel 4. 3 Distribusi Frekuensi Karakteristik Petugas Pada Ruang Mina di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2024	50
Tabel 4. 4 Distribusi Frekuensi Karakteristik Petugas Pada Ruang Raudah di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2024	51
Tabel 4. 5 Distribusi Frekuensi Karakteristik Pasien Pada Ruang Marwah di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2024	52
Tabel 4. 6 Distribusi Frekuensi Karakteristik Pasien pada Ruang Mina di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2024	53
Tabel 4. 7 Distribusi Frekuensi Assessment Risiko pada di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu	55
Tabel 4. 8 Distribusi Frekuensi Assessment Risiko pada Ruang Marwah di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu	55
Tabel 4. 9 Distribusi Frekuensi Assessment Risiko pada Ruang Mina di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu	56
Tabel 4. 10 Distribusi Frekuensi Identifikasi dan Pengelolaan Risiko pada ruang Raudah di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu	57
Tabel 4. 11 Distribusi Frekuensi Identifikasi dan Pengelolaan Risiko pada ruang Marwah di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu	57
Tabel 4. 12 Distribusi Frekuensi Identifikasi dan Pengelolaan Risiko pada ruang Mina di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu	58
Tabel 4. 13 Distribusi Frekuensi Keselamatan Pasien pada ruang Raudah di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu	59
Tabel 4. 14 Distribusi Frekuensi Keselamatan Pasien pada ruang Marwah di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu	60
Tabel 4. 15 Distribusi Frekuensi Keselamatan Pasien Pada Ruang Mina di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu	61
Tabel 4. 16 Assessment Risiko Terhadap Keselamatan Pasien Ruang Raudah RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu	62
Tabel 4. 17 Assessment Risiko Terhadap Keselamatan Pasien Ruang Marwah RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu	62
Tabel 4. 18 Assessment Risiko Terhadap Keselamatan Pasien Ruang Mina RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu	63
Tabel 4. 19 Identifikasi dan Pengelolaan Risiko Terhadap Keselamatan Pasien Ruang Raudah RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu	64
Tabel 4. 20 Identifikasi dan Pengelolaan Risiko Terhadap Keselamatan Pasien Ruang Marwah RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu	65

Tabel 4. 21 Identifikasi dan Pengelolaan Risiko Terhadap Keselamatan Pasien Ruangan Mina RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu	66
--	----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Kerangka Teori	39
Gambar 2. 2 kerangka Konsep	39
Gambar 3. 1 Rancangan Penelitian	41

DAFTAR SINGKATAN

AvLOS	: <i>Average Lenght Of Stay</i>
BOR	: <i>Bed Occupancy Rate</i>
BTO	: <i>Bed Turn Over</i>
GDR	: <i>Gross Deat Rate</i>
HAI's	: <i>Health Care Associated Infections</i>
IAD	: Infeksi Aliran Darah
IDO	: Infeksi Daerah Operasi
ISK	: Infeksi Saluran Kemih
IRNA	: Instalasi Rawat Inap
IV	: <i>Intravena</i>
JCAHO	: <i>Joint Commission On Accreditation of Health Organizations</i>
KARS	: Sistem Akreditasi Rumah Sakit
NDR	: <i>Neth Death Rate</i>
PERSI	: Persatuan Rumah Sakit Indonesia
PPI	: Pencegahan dan pengendalian Infeksi
SKP	: Standar Keselamatan Pasien
TOI	: <i>Turn Over Interval</i>
TT	: Tempat Tidur
URI	: Unit Rawat Inap
VAP	: <i>Ventilator Associated Pneumonia</i>

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Jadwal Kegiatan Penelitian.....	84
Lampiran 2 Surat Izin Penelitian Rumah Sakit.....	86
Lampiran 3 Surat Izin Pra Penelitian Rumah Sakit.....	87
Lampiran 4 Surat Layak Etik.....	88
Lampiran 5 Surat Izin Penelitian Kesbangpol.....	89
Lampiran 6 Kartu Kendali Bimbingan.....	90
Lampiran 7 Master Data Ruangan Raudah.....	92
Lampiran 8 Master Data Ruangan Marwah.....	94
Lampiran 9 Master Data Ruangan Mina.....	96
Lampiran 10 Hasil SPSS Hubungan Assessment Risiko Terhadap Keselamatan Pasien Dan Identifikasi Pengelolaan Terhadap Keselamatan Pasien Pada Ruangan Raudah.....	98
Lampiran 11 Hasil SPSS Hubungan Assessment Risiko Terhadap Keselamatan Pasien Dan Identifikasi Pengelolaan Terhadap Keselamatan Pasien Pada Ruangan Marwah.....	99
Lampiran 12 Hasil SPSS Hubungan Assessment Risiko Terhadap Keselamatan Pasien Dan Identifikasi Pengelolaan Terhadap Keselamatan Pasien Pada Ruangan Mina.....	100
Lampiran 13 Dokumentasi Penelitian.....	102

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Setiap rumah sakit berkewajiban menjamin keselamatan pasien selama berada dirumah sakit sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Pada rumah sakit terdapat beberapa kegiatan pelayanan baik medis maupun non medis. Salah satu kegiatan non medis pada fasilitas pelayanan rumah sakit ialah pada unit rekam medis (Kemenkes RI, 2018).

Unit rekam medis menyediakan berbagai data dan informasi, salah satunya adalah informasi tentang pelayanan rawat inap yang merupakan salah satu kegiatan non medis yang sangat penting dalam proses pengumpulan data. Oleh karena itu, unit rekam medis bertanggung jawab atas pengumpulan, analisis, interpretasi dan penyediaan data yang diperlukan untuk menyusun stastistik rumah sakit (Simanjuntak et al., 2019).

Unit rawat inap (URI) sangat penting bagi rumah sakit, karena sebagian besar pendapatan rumah sakit berasal dari pelayanan rawat inap. Pelayanan rawat inap dapat mempengaruhi tingkat efisiensi rumah sakit yang bertujuan untuk memulihkan keadaan pasien yang sedang sakit (Pasaribu *et al*, 2022). Pelayanan kesehatan dikatakan berkualitas tinggi jika pasien atau penggunanya puas. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan juga harus mematuhi standar dan etika profesi (Sitanggung & Yunengsih, 2022).

Menurut *Joint Commission International*, (2015) komponen keselamatan pasien terdiri dari enam, yaitu: mengidentifikasi pasien dengan benar, meningkatkan komunikasi efektif, meningkatkan penggunaan pengawasan obat-obatan, mengidentifikasi benar lokasi, benar prosedur dan benar pasien, dan yang terakhir mengurangi risiko infeksi dan mengurangi risiko jatuh pasien.

Keselamatan pasien merupakan komponen yang mempengaruhi mutu rumah sakit. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No 11 Tahun 2017 keselamatan pasien merupakan perawatan pasien lebih aman, mencakup assessmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta penerapan solusi untuk mengurangi timbulnya risiko dan mencegah cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil atau upaya yang dilakukan untuk mencegah terjadinya risiko infeksi akibat dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien selama periode hari perawatan.

Menurut (Sundoro, 2020) Assessment risiko pasien merupakan melibatkan pengenalan potensi risiko infeksi yang dapat terjadi di ruang perawatan. Oleh karena itu pelaksanaan assessment yang tepat dan konsisten dapat mengurangi kemungkinan terjadinya insiden yang tidak diinginkan dan dapat berdampak pada kualitas perawatan pasien (Nur et al., 2017).

Identifikasi pasien sangat penting dan membantu untuk memastikan bahwa pasien menerima tingkat perawatan yang diperlukan dan sesuai dengan kebutuhan medis pasien tersebut. Selain itu, identifikasi pasien membantu mencegah terjadinya kesalahan medis atau keadaan tak terduga lainnya yang dapat menimbulkan dampak negatif pada pasien yang dapat mengancam keselamatan pasien (Syukur & Windrawati, 2023).

Kepatuhan pelaksanaan standar *precaution* mencerminkan sebuah perilaku perawat yang ditentukan oleh faktor individu, organisasi dan faktor psikologis. Sebuah penelitian membuktikan kepatuhan dihubungkan dengan adanya peran manajemen (Satiti et al., 2017).

RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu merupakan Rumah Sakit Tipe C terakreditasi paripurna jumlah tempat tidur sebanyak 125 TT. Berdasarkan Data yang diperoleh dari Kepala Ruangan Rekam Medis pada

ruangan rekam medis diketahui Jumlah kunjungan pasien rawat inap padatahun 2023sebanyak 8.953 orang pasien dengan jumlah kematian 226 pasien, pada tahun 2024 periode Januari s.d April sebanyak3.489 orang dengan jumlah kematian 122 pasiendan perhitungan statistik terkait indikator rawat inap di ruang marwah di rumah sakit harapan dan doa didapatkan hasil BOR 75%, AvLOS 3,64 hari, TOI 7,6 dan BTO 79,7 kali/tahun 2024.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Bidang HAI's didapatkan data 3 tahun terakhir insiden infeksi nosokomial ialah pada tahun 2021 37 (2,14‰) insiden flebitis dan 3 (0,50%) insiden IDO, tahun 2022 67 (2,79 ‰) insiden flebitis dan 5 (0,40%) insiden IDO, dan pada tahun 2023 49 (1,72 ‰) insiden flebitis dan 19 (1,33 %) insiden IDO. Kejadian HAI's pada tahun 2024 sebagai berikut:

Bulan	Ruang	Jk	Hari Rawat	Usia	Diagnosa	Insiden
Januari	Mina	P	6 hari	75	Cidera kepala ringan	IVL dan ISK
	Safa	L	4 hari	50	Dm tipe 2	Flebitis
Februari	Safa	P	2 hari	24	Malaise dan fatigue	IVL flebitis
Maret	Safa	P	4 hari	57	choleclithiasi	IVL flebitis
April	Mina	L	6 hari	70	OA	IVL flebitis
	Marwah	L	9 hari	20	DBD	IVL flebitis

Sejalan dengan (Warganegara et al., 2012) infeksi nosokomial merupakan infeksi yang didapat oleh pasien rawat inap dalam waktu 3x24 jam.HAIs dapat terjadi akibat bakteri yang berada baik dalam tubuh (endogen) maupun dari luar penderita (eksogen), seperti lingkungan rumah sakit, udara ruang operasi, peralatan kesehatan, bahan cairan atau petugas rumah sakit yang kurang menerapkan cara sterilisasi yang baik dan benar sehingga terjadilah suatu infeksi. Akibat dari infeksi nosokomial

dapat menyebabkan biaya perawatan dan lama rawat inap akan bertambah.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017, kejadian HAI's dapat dicegah bila fasilitas pelayanan kesehatan secara konsisten melaksanakan program PPI, pasien dapat dikategorikan selamat apabila selama masa perawatan terbebas dari infeksi yang didapat selama pasien mendapatkan perawatan di rumah sakit. Pencegahan dan pengendalian Infeksi (PPI) merupakan upaya untuk memastikan perlindungan kepada setiap orang terhadap kemungkinan tertular infeksi dari sumber masyarakat umum dan disaat menerima pelayanan kesehatan pada berbagai fasilitas kesehatan.

Tujuan pengorganisasian program pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI) di fasilitas pelayanan kesehatan merupakan mengidentifikasi dan menurunkan risiko infeksi yang didapat serta ditularkan diantara pasien, staf, tenaga profesional kesehatan, tenaga kontrak, tenaga sukarela, mahasiswa dan pengunjung (KARS, 2017). Upaya rumah sakit dalam melakukan manajemen pencegahan dan pengendalian infeksi terus dilakukan oleh pihak rumah sakit, karena pada dasarnya HAI's dapat dicegah bila fasilitas pelayanan kesehatan secara konsisten melaksanakan program PPI (Sundoro, 2020).

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan oleh petugas HAI's bahwa kasus infeksi nosokomial merupakan kejadian atau kasus yang selalu ada, yang mana insiden infeksi nosokomial merupakan insiden yang dapat menginfeksi pasien selagi menjalani masa perawatan di rumah sakit yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti faktor usia atau pun alergi yang dimiliki oleh pasien.

Sejalan dengan (Hamarno et al., 2019) Infeksi terkait dengan pemberian infus dapat dikurangi dengan empat intervensi yaitu; perawat melakukan teknik cuci tangan sebelum mengenakan handscoon saat melakukan prosedur, perawat mengganti larutan IV sekurang-kurangnya

24 jam, perawat juga harus mengganti semua kateter IV sekurang-kurangnya 72 jam, selain itu perawat memperhatikan sterilitas IV saat mengganti selang, larutan dan balutan.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara terkait assessment risiko pasien bahwa apabila terjadi kejadian yang tidak diinginkan terkait keselamatan pasien maka petugas medis akan langsung melaporkan kejadian tersebut ke kepala ruangan untuk ditinjau lebih lanjut.

Berdasarkan hasil observasi dan juga wawancara yang dilakukan oleh petugas HAI's dan selaku surveyor HAI's bahwa apabila petugas mendapatkan laporan terkait kejadian HAI's yang biasanya dilaporkan oleh kepala ruangan masing-masing ruangan rawat inap, maka petugas akan langsung keruangan rawat inap yang melaporkan kejadian terkait HAI's untuk dilaksanakan nya wawancara kepada pasien. Salah satu pertanyaan yang akan diberikan kepada pasien ialah apakah pada saat petugas memasang infus atau mengganti infus petugas melakukan *hand hygiene* terlebih dahulu Atau tidak karena salah satu faktor yang mendukung terjadinya infeksi nosokomial ialah dari petugas medis nya selain dari faktor usia dan juga alergi pada pasien atau pada obat-obatan yang diberikan kepada pasien.

Sejalan dengan (Pambudi et al., 2018) dikatakan bahwa faktor supervisi berpengaruh dan berhubungan dengan penerapan 6 SKP, dimana supevisi berhubungan dengan asuhan keperawatan dan berpengaruh terhadap 6 SKP dengan nilai *Chi square*= 13,129; $p=0,000$ ($p<0,05$) dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh yang signifikan antara supervisi dengan perilaku penerapan 6 SKP. Lama bekerja dengan nilai *Chi square*= 6,380; $p= 0,012$ ($p<0,05$) dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh antara lama bekerja dengan perilaku penerapan 6 SKP. Pengetahuan juga berpengaruh secara signifikan dengan nilai *Chi square*= 10,034; $p=0,002$ ($p<0,05$) dari hasil tersebut dapat disimpulkan

bahwa ada pengaruh yang signifikan antara pengetahuan dengan perilaku penerapan 6 SKP.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang dilakukan oleh petugas medis, bahwa informasi penting terkait keselamatan pasien seringkali tidak tersampaikan dengan baik pada saat pergantian shift. Hal tersebut sejalan oleh (Marselina, 2023) bahwa serah terima dan transisi berpengaruh terhadap insiden kelamatan pasien, adanya masalah komunikasi ketika pertukaran *shift* menjadi salah satu penyebab terjadinya insiden keselamatan pasien selain *medical error* dan masalah pada keterbukaan komunikasi begitu juga dengan kerja sama antar unit terkait assessment risiko dan identifikasi pasien berhubungan dengan keselamatan pasien dikarenakan penerapan keselamatan pasien merupakan tanggung jawab semua komponen yang ada di rumah sakit itulah mengapa kerja sama antar unit sangat diperlukan dan juga komunikasi yang efektif merupakan salah satu kunci kerjasama antar unit berjalan dengan baik agar apabila terjadi insiden keselamatan pasien, kerjasama dan keterbukaan antar unit dalam menyelesaikan masalah sangat diperlukan untuk mendukung satu sama lain sehingga pihak yang terlibat tidak merasa sendiri.

Berdasarkan latar belakang di atas peneliti tertarik mengambil judul penelitian tentang **“Hubungan Assessment Risiko, Identifikasi dan Pengelolaan Risiko Terhadap Keselamatan Pasien Di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu”**

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini ialah “bagaimanakah hubungan assessment, identifikasi dan pengelolaan risiko terhadap keselamatan pasien di RSUD harapan dan doa kota bengkulu”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Diketahui hubungan assessment risiko serta identifikasi dan pengelolaan risiko pasien terhadap keselamatan pasien ruang raudah, marwah dan mina di RSUD harapan dan doa kota bengkulu.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui assessment risiko pasien di ruang raudah, marwah dan mina di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu.
- b. Diketahui identifikasi dan pengelolaan risiko pasien di ruang raudah, marwah dan mina di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu.
- c. Diketahui keselamatan pasien di ruang raudah, marwah dan mina di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu.
- d. Diketahui hubungan assessmen risiko dengan keselamatan pasien diraudah, marwah dan mina di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu.
- e. Diketahui hubungan identifikasi dan pengelolaan risiko pasien dengan keselamatan pasien di ruang raudah, marwah dan mina di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu.

D. Manfaat Praktis

1. Teoritis

Sebagai bahan informasi dan pengembangan ilmu pengetahuan serta dapat berkontribusi dalam memberikan kajian terkait assessmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien terhadap keselamatan pasien dilihat dari data dibidang rekam medis dan informasi kesehatan.

2. Praktis

a. Bagi STIKes Sapta Bakti Bengkulu

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi terbaru dan dapat menjadi referensi atau bahan kajian bagi mahasiswa/i untuk membantu berjalannya pembelajaran yang berlangsung di STIKes Sapta Bakti.

b. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan, evaluasi dan strategi bagi rumah sakit dalam monitoring mutu pelayanan dan sarana prasarana serta kualitas pelayanan kesehatan.

c. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai bahan referensi atau rujukan bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian dengan tema yang sejenis.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. 1 Tabel Keaslian Penelitian

No	Judul penelitian	variabel	Jenis penelitian	Hasil penelitian	persamaan	perbedaan
1	Hubungan Kepatuhan Perawat Dalam Pelaksanaan Standar Prosedur Operasional dengan Risiko Jatuh Pasien di Ruang Rawat Inap RS Advent Manado Tahun 2023 (Ririhena et al., 2023)	<ul style="list-style-type: none"> • Kepatuhan perawat • Standar Prosedur Operasional 	Kuantitatif	<ul style="list-style-type: none"> • Kepatuhan perawat dalam pelaksanaan SPO sebagian besar patuh • Pencegahan risiko jatuh pasien sebagian besar baik • Ada hubungan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan SPO dengan pencegahan risiko jatuh pasien 	<ul style="list-style-type: none"> • Variabel • Populasi • sampel 	<ul style="list-style-type: none"> • lokasi • waktu • jenis penelitian

<p>2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Penerapan 6 SKP (Sasaran Keselamatan Pasien) Pada Akreditasi JCI (Joint Commision International) Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Panti Waluya Malang Tahun 2018 (Pambudi et al., 2018)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • usia • jenis kelamin • status pernikahan • jumlah tanggungan • lama bekerja • pengetahuan • motivasi • supervisi • organisasi 	<p>Deskriptif kuantitatif</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ada pengaruh antara lama bekerja dengan penerapan 6 SKP • ada pengaruh antara pengetahuan dengan penerapan 6 SKP • ada pengaruh antara supervisi dengan penerapan 6 SKP • ada pengaruh antara organisasi dengan penerapan 6 SKP 	<ul style="list-style-type: none"> • Variabel • Populasi • Sampel 	<ul style="list-style-type: none"> • Lokasi • waktu
<p>Dimensi Budaya Keselamatan Pasien dan Insiden Keselamatan Pasien di RS X Kota Malang Tahun 2023 (Marselina, 2023)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • budaya keselamatan pasien • insiden keselamatan pasien 	<p>kuantitatif</p>	<ul style="list-style-type: none"> • keselamatan pasien =0,000 • keterbukaan komunikasi 0,035 • umpan balik tentang kesalahan = 0,041 • pelaporan kejadian= 	<ul style="list-style-type: none"> • variabel • populasi • sampel 	<ul style="list-style-type: none"> • lokasi • waktu

-
- 0,000
 - serah
terima
dan
transisi=
0,014
 - staffing=
0,008
 - kerjasam
a antar
unit
=0,000
 - kerjasam
a dalam
unit =
0,000
 - ekspetasi
dan
tindakan
superviso
r/manaje
r dalam
mempro
mosikan
keselamat
an pasien
= 0,000
-

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Standar Keselamatan Pasien

1. Definisi Standar keselamatan pasien

Standar keselamatan pasien di Indonesia dibuat berdasarkan *Hospital Patient Safety Standards* yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations* (JCAHO) pada tahun 2002 yang disesuaikan dengan kondisi rumah sakit di Indonesia. Standar keselamatan pasien di Indonesia disusun dalam Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang kemudian diterbitkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2006. Standar Keselamatan tersebut diantaranya ialah:

a. Hak pasien

Pasien dan keluarga mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya kejadian tidak diharapkan.

b. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

d. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja

Metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien rumah sakit harus mendesign proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi secara intensif kejadian tidak diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
 - a) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
 - b) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi kejadian tidak diharapkan.
 - c) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
 - d) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
 - e) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektivitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
 - a) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien.
 - b) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien.
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.
 - a) Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.

b) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

2. Jenis – jenis Pelayanan Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 129/Menkes/SK/II/2008 mengenai jenis – jenis pelayanan rumah sakit wajib minimal yang harus disediakan oleh rumah sakit di antaranya :

- a. Pelayanan gawat darurat
- b. Pelayanan rawat jalan
- c. Pelayanan rawat inap
- d. Pelayanan bedah
- e. Pelayanan persalinan dan perinatalogi
- f. Pelayanan intensif
- g. Pelayanan radiologi
- h. Pelayanan laboratorium patologi klinik
- i. Pelayanan rehabilitasi medik
- j. Pelayanan farmasi
- k. Pelayanan gizi
- l. Pelayanan transfusi darah
- m. Pelayanan keluarga miskin
- n. Pelayanan rekam medis
- o. Pelayanan limbah
- p. Pelayanan administrasi manajemen
- q. Pelayanan ambulans/kereta jenazah
- r. Pelayanan pemulasaraan jenazah
- s. Pelayanan laundry
- t. Pelayanan pemeliharaan sarana rumah sakit
Pencegahan pengendalian infeksi.

3. Klasifikasi Rumah Sakit

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi Dan Perizinan Rumah Sakit dalam menyelenggarakan pelayanan rawat inap ialah:

- a. Klasifikasi Rumah Sakit umum terdiri atas:
 - a) Rumah sakit umum kelas A merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 250 TT.
 - b) Rumah sakit umum kelas B merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 200 TT.
 - c) Rumah sakit umum kelas C merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 TT.
 - d) Rumah sakit umum kelas D merupakan rumah sakit umum yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 50 TT.
- b. Klasifikasi rumah sakit khusus terdiri atas:
 - a) Rumah sakit khusus kelas A merupakan rumah sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 100 TT.
 - b) Rumah sakit khusus kelas b merupakan rumah sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 75 TT.
 - c) Rumah sakit khusus kelas C merupakan rumah sakit khusus yang memiliki jumlah tempat tidur paling sedikit 25 TT.

4. Pelayanan Rawat Inap

Menurut Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan di Rumah Sakit Tahun 2008, rawat inap merupakan jenis perawatan dimana pasien tinggal dan dirawat di rumah sakit untuk jangka waktu tertentu. Pelayanan rawat inap merupakan kelompok pelayanan kesehatan yang terdapat di rumah sakit dan terdiri atas pelayanan penunjang medis, pelayanan administratif dan pelayanan keperawatan.

Pasien yang masuk rawat inap merupakan pasien yang membutuhkan perawatan intensif atau observasi ketat dan di

tempatkan di tempat tidur rawat inap yang dilengkapi dengan standar fasilitas dan peralatan tertentu. Pasien di tempat tidur rawat inap dilayani secara terprogram dan sistematis oleh tenaga medis yang berpengalaman dalam bidangnya untuk menjalani proses observasi, diagnosa, terapi dan rehabilitasi dalam jangka waktu tertentu (Depkes RI, 2008).

5. Kualitas Pelayanan Rawat Inap

Pedoman Upaya Peningkatan Mutu Rumah Sakit (1994) menjelaskan bahwa beberapa aspek berikut dapat digunakan untuk menguraikan pelayanan kesehatan di ruang rawat inap, antara lain:

a. Aspek Klinis atau Penampilan Profesi

Melibatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan yang dimiliki oleh dokter, perawat dan profesi lain yang bekerja di bidang medis. Indikator yang ditetapkan ialah indikator klinis medis diantaranya assesmen pasien, prosedur bedah, kelengkapan dokumen medis dan indikator klinis keperawatan seperti perawatan diri, kepuasan pasien dan keberhasilan pendidikan pasien.

b. Efisiensi dan efektifitas pelayanan

Melibatkan kinerja pelayanan antara lain tingkat hunian atau BOR dengan standar 60% s/d 80%, masa tinggal lama perawatan atau LOS 3 – 5 hari dengan standar dan rentang pemakaian tempat tidur atau TOI 3 – 5 hari.

c. Keselamatan pasien

Melibatkan keselamatan dan keamanan pasien dari awal kedatangan (*Admission*) hingga pasien pulang (*Discharge*). Pasien harus diberikan jaminan keselamatan atas kesalahan prosedur, kelalaian atau kejadian lain yang tidak diharapkan yang dapat menyebabkan kecacatan atau kematian. Selama masa rawat inap,

pasien juga harus mendapatkan jaminan keamanan jiwa dan harta bendanya.

d. Kepuasan pasien

Melibatkan kepuasan fisik, mental dan sosial pasien serta persepsi pasien terhadap pelayanan yang diterima, kebersihan, kenyamanan, keramahan, kecepatan dan ketepatan layanan, perhatian dan besaran biaya yang diperlukan.

B. Unit Rawat Inap (URI)

1. Definisi Unit Rawat Inap

Menurut Indradi (2014), salah satu bagian dari pelayanan klinis merupakan unit rawat inap yang melayani pasien karena keadaannya harus dirawat selama satu hari atau lebih.

2. Informasi yang dihasilkan dari Unit Rawat Inap

- a. Jumlah pasien yang masuk dirawat yang diperoleh dari menjumlahkan pasien awal, pasien masuk dan pasien pindahan.
- b. Jumlah pasien yang dinyatakan keluar (hidup dan mati) yang diperoleh dari menjumlahkan pasien pulang, pasien dirujuk, pasien pindah ke rumah sakit lain, pulang paksa (APS) dan pasien pulang kabur.
- c. Pasien melarikan diri, pasien dipindahkan, pasien mati <48 jam dan pasien mati >48 jam.
- d. Jumlah pasien yang masih dirawat yaitu selisih jumlah pasien masuk dengan jumlah pasien keluar.
- e. Jumlah pasien masuk dan keluar pada hari yang sama yaitu pasien yang masuk pada hari tertentu dan keluar pada hari yang sama.
- f. Melaporkan kegiatan pelayanan rawat inap setiap bulan.
- g. Menghitung tingkat efisiensi penggunaan TT dan membuat Grafik Barber Johnson.

C. Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

1. Definisi Keselamatan Pasien

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit merupakan suatu assesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, sistem terkait keselamatan pasien diharapkan dapat mencegah terjadinya infeksi dan cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan. Keselamatan pasien akan terus berkembang, yang didefinisikan sebagai upaya maksimal yang dilakukan rumah sakit dalam rangka memberikan pelayanan kepada pasien melalui penerapan metode dan regulasi yang legal serta standar yang terukur untuk meminimalisis kesalahan medis (Ningsih & Endang Marlina, 2020)

Keselamatan pasien dalam Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, menjelaskan bahwa:

- a. Pada pasal 2 disebutkan bahwa penyelenggaraan rumah sakit didasarkan pada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien serta mempunyai fungsi sosial.
- b. Pasal 3 ayat 2 yang menyebutkan bahwa pengaturan penyelenggaraan rumah sakit bertujuan untuk memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien.
- c. Pasal 13 yang mengatakan bahwa setiap tenaga kesehatan yang bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan rumah sakit, standar prosedur operasional yang berlaku, etika profesi, menghormati hak pasien dan mengutamakan keselamatan.
- d. Pasal 43 secara khusus menjelaskan mengenai kewajiban penerapan keselamatan pasien di rumah sakit.

2. Tujuan Program Keselamatan Pasien

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPPRS), tujuan program keselamatan pasien di rumah sakit antara lain:

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- c. Menurunnya kejadian yang tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
- d. Terlaksananya program – program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

3. Tujuh Langkah Keselamatan Pasien

Rumah Sakit wajib merancang proses atau memperbaiki proses yang sudah ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien. Komite Keselamatan Pasien yang dibentuk Persatuan Rumah Sakit Indonesia (PERSI) yang juga disupervisi oleh Depkes RI Tahun 2008 mencanangkan tujuh langkah keselamatan pasien yang harus dijalankan di tiap rumah sakit berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 tahun 2011, antara lain:

- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil.
- b. Pimpinan dan dukung staf, membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien.
- c. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko, kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan assessment hal yang potensial bermasalah.

- d. Mengembangkan sistem pelaporan. Memastikan staf agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian atau insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada KKP-RS.
- e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien. Kembangkan cara berkomunikasi yang terbuka dengan pasien.
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien. Mendorong petugas medis untuk menganalisis masalah atau kejadian yang akan timbul.
- g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

4. Sasaran Keselamatan Pasien

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017. Sasaran keselamatan pasien ada 6 diantaranya:

- a. Ketepatan identifikasi pasien
- b. Peningkatan komunikasi yang efektif
- c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
- d. Kepastian tepat-lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien operasi
- e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- f. Pengurangan risiko pasien jatuh.

D. HAI's (Health Associated Infection)

1. Definisi HAI's

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 HAI's merupakan infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dimana ketika masuk tidak ada infeksi dan tidak dalam masa inkubasi, termasuk infeksi dalam rumah sakit tapi muncul setelah pasien pulang, juga infeksi karena pekerjaan pada petugas rumah sakit dan tenaga kesehatan terkait proses pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

2. Rantai penularan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi, menyatakan bahwa ada 6 komponen rantai penularan infeksi, yaitu:

- 1) Agen infeksi (*Infectious agent*) merupakan mikroorganisme penyebab infeksi, pada manusia agen infeksi dapat berupa bakteri, virus, jamur dan parasit. Ada tiga faktor pada agen penyebab yang mempengaruhi terjadinya infeksi yaitu; patogenesis, virulensi dan jumlah (dosis atau "*load*"). Semakin cepat diketahui agen infeksi dengan pemeriksaan klinis atau laboratorium mikrobiologi, semakin cepat pula upaya pencegahan dan penanggulangannya bisa dilaksanakan.
- 2) *Reservoir* atau wadah/sumber agen infeksi dapat hidup, tumbuh, berkembang-biak dan siap ditularkan kepada manusia. *Reservoir* terbanyak ada pada manusia, alat medis, binatang, tumbuh-tumbuhan, tanah, air, lingkungan dan bahan – bahan organik lainnya.
- 3) *Portal of entry* (pintu masuk) merupakan lokasi agen memasuki manusia yang rentan dapat melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih atau kelamin dan kulit
- 4) *Portal of exit* (pintu keluar) merupakan lokasi tempat agen infeksi (mikroorganisme) meninggalkan *reservoir* melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih serta transplasenta.
- 5) Metode transmisi atau cara penularan merupakan metode *transport* mikroorganisme dari wadah/*reservoir* ke manusia yang rentan. Ada beberapa metode penularan yaitu;
 - a) Kontang langsung atau tidak langsung.
 - b) *Droplet*
 - c) *Airborne*
 - d) Melalui makanan, minuman atau darah

- e) Melalui serangga atau binatang pengerat
- 6) *Susceptible host* (manusia rentan) merupakan seseorang dengan kekebalan tubuh menurun hingga tidak mampu melawan agen infeksi. Faktor yang dapat mempengaruhi kekebalan ialah usia, status gizi, status imunisasi, penyakit kronis, luka bakar yang luas, trauma, pasca pembedahan dan pengobatan dengan immunosuppression (kondisi kekebalan tubuh tidak berfungsi secara optimal).

3. Jenis dan faktor risiko

Jenis dan faktor risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan atau HAI's meliputi:

- 1) Jenis HAI's yang paling sering terjadi di rumah sakit ialah:
 - a) Ventilator Associated Pneumonia (VAP)
 - b) Infeksi Aliran Darah (IAD)
 - c) Infeksi Saluran Kemih (ISK)
 - d) Infeksi Daerah Operasi (IDO)
- 2) Faktor risiko HAI's ialah:
 - a) Usia: neonatus dan lanjut usia
 - b) Status imun (*immuno-compromised*); penderita dengan penyakit kronik, penderita tumor ganas, pengguna obat-obat immunospresan.
 - c) Gangguan/interupsi barrier anatomis:
 - Kateter urin (meningkatkan kejadian ISK)
 - Prosedur operasi (dapat menyebabkan IDO atau *surgical site infection*(SSI))
 - Pemakaian ventilator (meningkatkan kejadian VAP)
 - Karula vena dan arteri (flebitis/IAD)
 - Luka bakar dan trauma

- d) Implantasi benda asing:
- Pemakaian *mesh* pada operasi hernia
 - Pemakaian implant pada operasi tulang, kontrasepsi, alat pacu jantung.
 - *Cerebraspinal fluid shunts*
 - *Valvular / vascular prostheses*
- e) Perubahan mikroflora normal: pemakaian antibiotik yang tidak bijak dapat menyebabkan pertumbuhan jamur berlebihan dan timbulnya bakteri resisten terhadap berbagai antimikroba.

4. Perlindungan kesehatan petugas

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017, Pemeriksaan kesehatan berkala terhadap semua petugas baik tenaga kesehatan maupun tenaga nonkesehatan. Fasyankes harus mempunyai kebijakan untuk penatalaksanaan akibat tusukan jarum atau benda tajam bekas pakai pasien, yang berisikan antara lain siapa yang harus dihubungi saat terjadi kecelakaan dan pemeriksaan serta konsultasi yang dibutuhkan oleh petugas yang bersangkutan.

Petugas harus selalu waspada dan hati-hati dalam bekerja untuk mencegah terjadinya trauma saat menangani jarum, *scalpel* dan alat tajam lain yang dipakai setelah prosedur, saat membersihkan instrument dan saat membuang jarum.

Jangan melakukan penutupan kembali (*recap*) jarum yang telah dipakai, memanipulasi dengan tangan, menekuk, mematahkan atau melepas jarum dari spuit. Buang jarum, spuit, pisau, *scalpel*, dan peralatan tajam habis pakai lainnya kedalam wadah khusus terisi ³/₄ harus diganti dengan yang baru untuk menghindari tercecer.

Apabila terjadi kecelakaan kerja berupa perlukaan seperti tertusuk jarum suntik bekas pasien atau terpercik bahan infeksius maka perlu pengelolaan yang cermat dan tepat serta efektif untuk

mencegah semaksimal mungkin terjadinya infeksi yang tidak diinginkan.

Sebagian besar insiden pajanan okupasional adalah infeksi melalui darah yang terjadi dalam fasilitas pelayanan kesehatan (fasyankes). HIV, hepatitis B dan hepatitis C adalah pathogen melalui darah yang berpotensi paling berbahaya, dan kemungkinan pajanan terhadap pathogen ini merupakan penyebab utama kecemasan bagi petugas kesehatan di seluruh dunia.

Risiko mendapat infeksi lain yang dihantarkan melalui darah (*bloodborne*) seperti hepatitis B dan C jauh lebih tinggi dibandingkan mendapat infeksi HIV. Sehingga tatalaksana pajanan okupasional terhadap penyebab infeksi tidak terbatas PPP HIV saja. Di seluruh fasyankes, kewaspadaan standar merupakan layanan standar minimal untuk mencegah penularan pathogen melalui darah.

5. Kawaspadaan berbasis transmisi

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017, kewaspadaan berbasis transmisi meliputi:

- 1) Kewaspadaan Transmisi bertujuan untuk menurunkan risiko timbulnya HAI's, terutama risiko transmisi mikroba yang secara epidemiologi diakibatkan oleh kontak langsung atau tidak langsung.
 - a) Kontak langsung: kontak dengan permukaan kulit yan terbuka dengan kulit terinfeksi atau kolonisasi. Misalnya pada saat petugas membalikkan tubuh pasien, memandikan, membantu pasieb bergerak, mengganti perban, merawat oral pasien *Herpes Simplec Virus* (HSV) tanpa sarung tangan.
 - b) Tidak langsung: kontak dengan cairan sekresi pasien terinfeksi yang ditransmisikan melalui tangan petugas yang belum dicuci atau benda mati dilingkungan pasien, misalnya jarum, kasa, mainan anak, dan sarung tangan yang tidak diganti.

- c) Petugas harus menahan diri untuk tidak menyentuh area mata, hidung dan mulut saat masih menggunakan sarung tangan terkontaminasi.

2) Kewaspadaan transmisi melalui *Droplet*

Transmisi droplet terjadi ketika partikel droplet berukuran $>5 \mu\text{m}$ yang dikeluarkan pada saat batuk, bersin, muntah, bicara, selama prosedur suction, bronkhoskopi, melayang di udara dan akan jatuh dalam jarak $<2 \text{ m}$ dan mengenai mukosa atau konjungtiva, untuk itu dibutuhkan APD atau masker yang memadai, bila memungkinkan dengan masker 4 lapis atau yang mengandung pembunuh kuman (*germ decontaminator*). Jenis transmisi percikan ini dapat terjadi pada kasus antara lain *common cold*, *respiratory syncytial virus* (RSV), Adenovirus, H5N1, H1N1.

3) Kewaspadaan transmisi melalui *airborne*

Transmisi melalui udara secara epidemiologi dapat terjadi bila seseorang menghirup percikan partikel nuklei yang berdiameter $1-5 \mu\text{m}$ (2 m dari sumber, dapat terhirup oleh individu rentan di ruang yang sama atau yang jauh dari sumber mikroba. Penting mengupayakan pertukaran udara $>12 \text{ x/jam}$ (*12 Air Changes per Hour/ACH*).

4) Langkah-langkah penerapan kewaspadaan transmisi melalui udara antara lain:

- 1) Pengaturan penempatan posisi pemeriksa, pasien dan ventilasi mekanis di dalam suatu ruangan dengan memperhatikan arah suplai udara bersih yang masuk dan keluar.

- 2) Penempatan pasien TB yang belum pernah mendapatkan terapi OAT, harus dipisahkan dari pasien lain, sedangkan pasien TB yang telah mendapat terapi OAT secara efektif berdasarkan analisis resiko tidak berpotensi menularkan TB baru dapat dikumpulkan dengan pasien lain.
- 3) Peringatan tentang cara transmisi infeksi dan penggunaan APD pada pasien, petugas dan pengunjung penting dicantumkan di pintu ruangan rawat pasien sesuai kewaspadaan transmisinya.
- 4) Ruang rawat pasien TB/MDR TB sebaiknya menggunakan ruangan bertekanan negatif. Untuk RS yang belum mampu -72- menyediakan ruang tersebut, harus memiliki ruang dengan ventilasi yang memadai, minimal terjadi pertukaran udara 12x/jam (diukur dengan alat Vaneometer).

E. Standar pencegahan dan pengendalian infeksi terkait pelayanan kesehatan

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017, PPI terkait dengan pelayanan kesehatan melalui penerapan langkah-langkah yang harus dilakukan untuk mencegah terjadinya HAI's:

1. Ventilator Associated Pneumonia (VAP)

VAP merupakan infeksi pneumonia yang terjadi setelah 48 jam pemakaian ventilasi mekanik baik pipa endotracheal maupun tracheostomi. Pencegahan dan pengendalian VAP sebagai berikut:

- 1) Membersihkan tangan setiap akan melakukan kegiatan terhadap pasien yaitu dengan menggunakan lima momen kebersihan tangan.
- 2) Posisikan TT antara 30-40 derajat bila tidak ada kontra indikasi misalnya trauma kepala atau cedera tulang belakang.
- 3) Menjaga kebersihan mulut atau oral *hygiene* setiap 2-4 jam dengan menggunakan bahan dasar anti septik *chlorhexidine* 0,02% dan dilakukan gosok gigi setiap 12 jam untuk mencegah timbulnya

flaque pada gigi karena *flaque* merupakan media tumbuh kembang bakteri patogen yang pada akhirnya akan masuk ke dalam paru pasien.

- 4) Manajemen sekresi oroparingeal dan trakeal yaitu:
 - a) Suctioning bila dibutuhkan saja dengan memperhatikan teknik aseptik bila harus melakukan tindakan tersebut.
 - b) Petugas yang melakukan suctioning pada pasien yang terpasang ventilator menggunakan alat pelindung diri (APD).
 - c) Gunakan kateter suction sekali pakai.
 - d) Tidak sering membuka selang/tubing ventilator.
 - e) Perhatikan kelembaban pada humidifire ventilator.
 - f) Tubing ventilator diganti bila kotor.
- 5) Melakukan pengkajian setiap hari 'sedasi dan extubasi'
 - a) Melakukan pengkajian penggunaan obat sedasi dan dosis obat tersebut
 - b) Melakukan pengkajian secara rutin aka respon pasien terhadap penggunaan obat sedasi tersebut. Bangunkan pasien setiap hari dan menilai responnya untuk melihat apakah sudah dapat dilakukan penyapihan modus pemberian ventilasi.
- 6) Peptic ulcer disease prophylaxis diberikan pada pasien – pasien dengan risiko tinggi
- 7) Berikan deep vein trombosis (DVT)

2. Infeksi Aliran Darah (IAD)

IAD dapat terjadi pada pasien yang menggunakan alat infus setelah 48 jam atau 3x24 jam dan ditemukan tanda atau gejala infeksi yang dibuktikan dengan hasil kultur positif bakteri patogen yang tidak berhubungan dengan infeksi organ tubuh yang lain dan bukan infeksi sekunder. Terjadinya infeksi dapat menyebabkan kenaikan suhu tubuh 37,5°C-38,5°C, tanda kemerahan dan nyeri. Adapun tanda dan gejala infeksi pada daerah pemasangan infus terdiri atas:

- 1) Rubor (kemerahan)
- 2) Kolor (Panas)
- 3) Tumor (Pembengkakan)
- 4) Dolor (Nyeri)

Infeksi terkait dengan pemberian infus dapat dikurangi dengan empat intervensi yaitu:

- 1) Perawat melakukan teknik cuci tangan sebelum mengenakan handscoon saat melakukan prosedur.
- 2) Perawat mengganti larutan IV sekurang-kurangnya 24 jam, perawat mengganti juga harus mengganti semua kateter vena perifer sekurang-kurangnya 72 jam.
- 3) selain itu perawat memperhatikan sterilitas IV saat mengganti selang, larutan dan balutan (Hamarno et al., 2019).

Adapun pencegahan Pencegahan dan pengendalian IAD yang dapat dilakukan sebagai berikut:

- 1) Melakukan prosedur kebersihan tangan dengan menggunakan sabun dan air atau cairan antiseptik berbasis alkohol, pada saat:
 - a) Sebelum dan setelah meraba area insersi kateter
 - b) Sebelum dan setelah melakukan persiapan pemasangan intravena
 - c) Sebelum dan setelah melakukan palpasi area insersi

- d) Sebelum dan setelah memasukan, mengganti, mengakses, memperbaiki kateter
 - e) Ketika tangan terkontaminasi atau kotor
 - f) Sebelum dan setelah melaksanakan tindakan invasif
 - g) Sebelum menggunakan dan setelah melepas sarung tangan
- 2) Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD)(tindakan membuka kulit dan pembuluh darah) direkomendasikan pada saat:
- a) Pada tindakan pemasangan alat intra vena sentral maka APD yang harus digunakan adalah topi, masker, gaun steril dan sarung tangan steril. APD ini harus dikenakan oleh petugas yang terkait memasang atau membantu dalam proses pemasangan *central line*.
 - b) Penutup area pasien dari kepala sampai kaki dengan kain steril dengan lubang kecil yang digunakan untuk area insersi.
 - c) Kenakan sarung tangan bersih, bukan steril untuk pemasangan kateter intra vena perifer.
 - d) Gunakan sarung tangan baru jika terjadi pergantian kateter yang diduga terkontaminasi
 - e) Gunakan sarung tangan steril jika melakukan perbaikan kateter intra vena

3. Infeksi Saluran Kemih (ISK)

Kateterisasi saluran kemih sebaiknya dilakukan jika ada indikasi klinis yang memerlukan tindakan spesifik penggunaan urine kateter, karena kateterisasi urine akan menimbulkan dampak risiko infeksi pada saluran kemih. Penggunaan metode saluran urine sistem tertutup telah terbukti nyata mengurangi risiko kejadian infeksi. Teknik aseptik yang dilakukan dengan benar sangat penting dalam pemasangan dan perawatan urine kateter, dan kebersihan tangan merupakan metode pertahanan utama terhadap risiko kontaminasi

bakteri penyebab infeksi bakteri sekunder pada saat pemasangan kateter. Kewaspadaan standar harus dipertahankan saat kontak dengan urine dan atau cairan tubuh lainnya. Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Saluran Kemih:

- a) Pemasangan urine kateter digunakan hanya sesuai indikasi
Pemasangan kateter urine digunakan hanya sesuai indikasi yang sangat diperlukan seperti adanya retensi urine, obstruksi kandung kemih, tindakan operasi tertentu, pasien *bedrest*, monitoring *urine out put*. jika masih dapat dilakukan tindakan lain maka pertimbangkan untuk pemakaian kondom atau pemasangan *intermittent*. Lepaskan kateter urine sesegera mungkin jika sudah tidak sesuai indikasi lagi.
- b) Lakukan kebersihan tangan. Kebersihan tangan dilakukan dengan mematuhi 6 (enam) langkah melakukan kebersihan tangan, untuk mencegah terjadi kontaminasi silang dari tangan petugas saat melakukan pemasangan urine kateter.
- c) Teknik insersi. Teknik aseptik perlu dilakukan untuk mencegah kontaminasi bakteri pada saat pemasangan kateter dan gunakan peralatan steril dan sekali pakai pada peralatan kesehatan sesuai ketentuan. Sebaiknya pemasangan urine kateter dilakukan oleh orang yang ahli atau terampil.
- d) Pengambilan spesimen Gunakan sarung tangan steril dengan tehnik aseptik. Permukaan selang kateter swab alkohol kemudian tusuk kateter dengan jarum suntik untuk pengambilan *sample urine* (jangan membuka kateter untuk mengambil *sample urine*), jangan mengambilsample urine dari *urine bag*. Pengambilan sample urine dengan *indwellig* kateter diambil hanya bila ada indikasi klinis.

e) Pemeliharaan kateter urine

Pasien dengan menggunakan kateter urine seharusnya dilakukan perawatan kateter dengan mempertahankan kesterilan sistem drainase tertutup, lakukan kebersihan tangan sebelum dan sesudah memanipulasi kateter, hindari sedikit mungkin melakukan buka tutup urine kateter karena akan menyebabkan masuknya bakteri, hindari meletakkannya di lantai, kosongkan *urine bag* secara teratur dan hindari kontaminasi bakteri. Menjaga posisi *urine bag* lebih rendah dari pada kandung kemih, hindari irigasi rutin, lakukan perawatan meatus dan jika terjadi kerusakan atau kebocoran pada kateter lakukan perbaikan dengan tehnik aseptik.

f) Sebelum membuka kateter urine keluarkan cairan dari balon terlebih dahulu, pastikan balon sudah mengempes sebelum ditarik untuk mencegah trauma, tunggu selama 30 detik dan biarkan cairan mengalir mengikuti gaya gravitasi sebelum menarik kateter untuk dilepaskan.

4. Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Pengendalian Infeksi Daerah Operasi (IDO) atau *Surgical Site Infection* (SSI) merupakan suatu cara yang dilakukan untuk mencegah dan mengendalikan kejadian infeksi setelah tindakan operasi. IDO paling banyak bersumber dari patogen flora endogenous kulit pasien, membrane mukosa. Bila membrane mukosa atau kulit insisi, jaringan tereksposur risiko dengan flora endogenous. Sumber endogenous ialah:

- 1) Tim bedah
- 2) Lingkungan ruang operasi
- 3) Peralatan, instrumen dan alat kesehatan
- 4) Kolonisasi mikroorganisme
- 5) Daya tahan tubuh lemah
- 6) Lama rawat inap pra bedah

Pencegahan IDO terdiri atas pra bedah dan pasca bedah:

- 1) Pencegahan IDO Pra Bedah
 - a. Persiapan pasien sebelum operasi
 - a) Jika ditemukan ada tanda-tanda infeksi, sembuhkan terlebih dahulu infeksi sebelum hari operasi elektif dan jika perlu tunda hari operasi sampai infeksi sembuh.
 - b) Jangan mencukur rambut, kecuali bila rambut terdapat pada sekitar daerah operasi dan atau akan mengganggu jalannya operasi.
 - c) Bila diperlukan mencukur rambut, lakukan di kamar bedah beberapa saat sebelum operasi dan sebaiknya menggunakan pencukur listrik
 - d) Kendalikan kadar gula darah pada pasien dm dan hindari kadar gula darah yang terlalu rendah sebelum operasi
 - e) Sarankan pasien untuk berhenti merokok, minuman 30 hari sebelum hari elektif operasi

- f) Mandikan pasien dengan zat antiseptik malam hari sebelum operasi.
 - g) Cuci dan bersihkan lokasi pembedaan dan sekitarnya untuk menghilangkan kontaminasi sebelum mengadakan persiapan kulit dengan anti septik.
 - h) Gunakan antiseptik kulit yang sesuai untuk persiapan kulit.
 - i) Oleskan antiseptik pada kulit dengan gerakan melingkar mulai dari bagian tengah menuju ke arah luar. Daerah yang dipersiapkan haruslah cukup luas untuk memperbesar insisi, jika diperlukan membuat insisi baru atau memasang drain bila diperlukan.
 - j) Masa rawat inap sebelum operasi diusahakan sesingkat mungkin dan cukup waktu untuk persiapan operasi yang memadai
 - k) Belum ada rekomendasi mengenai penghentian atau pengurangan steroid sistemik sebelum operasi
 - l) Belum ada rekomendasi mengenai makanan tambahan yang berhubungan dengan pencegahan infeksi pra bedah
 - m) Belum ada rekomendasi untuk memberikan mupirocin melalui lubang hidung untuk mencegah IDO
 - n) Belum ada rekomendasi untuk mengusahakan oksigenisasi pada luka untuk mencegah IDO
- b. Antiseptik tangan dan lengan untuk tim bedah
- a) Jaga agar kuku selalu pendek dan jangan memakai kuku palsu
 - b) Lakukan kebersihan tangan beda dengan antiseptik yang sesuai. Cuci tangan dan lengan sampai ke siku
 - c) Setelah cuci tangan, lengan harus tetap mengarah ke atas dan dijauhkan dari tubuh dengan handuk steril dan kemudian pakailah gaun dan sarung tangan

- d) Bersihkan sela-sela dibawah kuku setiap hari sebelum cuci tangan bedah yang pertama
 - e) Jangan memakai perhiasan di tangan atau lengan
 - f) Tidak ada rekomendasi mengenai pemakaian cat kuku, namun sebaiknya tidak memakai
- c. Tim bedah yang terinfeksi atau terkolonisasi
- a) Didiklah dan biasakan anggota tim bedah agar melapor jika mempunyai tanda dan gejala penyakit infeksi dan segera melapor kepada petugas pelayanan kesehatan karyawan.
 - b) Susun satu kebijakan mengenai perawatan pasien bila karyawan mengidap infeksi yang kemungkinan dapat menular. Kebijakan ini mencakup:
 - Tanggung jawab karyawan untuk menggunakan jasa pelayanan medis karyawan dan melaporkan penyakitnya
 - Pelarangan bekerja
 - Izin untuk kembali bekerja setelah sembuh penyakitnya
 - Petugas yang berwenang untuk melakukan pelarangan bekerja
 - c) Ambil sampel untuk kultur dan berikan larangan bekerja untuk anggota tim bedah yang memiliki luka pada kulit, hingga infeksi sembuh atau menerima terapi yang memadai.
 - d) Bagi anggota tim bedah yang terkolonisasi mikroorganisme seperti *S. Aureus* bagi anggota tim bedah yang terkolonisasi mikroorganisme seperti *S. Aureus* atau *Streptococcus* grup A tidak perlu dilarang bekerja, kecuali bila ada hubungan epidemiologis dengan penyebaran mikroorganisme tersebut di rumah sakit.

2) Pencegahan Infeksi Selama Operasi

a. Ventilasi

- a) Pertahankan tekanan lebih positif dalam kamar bedah dibandingkan dengan koridor dan ruangan disekitarnya
- b) Pertahankan minimum 15 kali pergantian udara per jam, dengan minimum 3 diantaranya adalah udara segar
- c) Semua udara harus disaring, baik udara segar maupun udara resirkulasi.
- d) Semua udara masuk harus melalui langit-langit dan keluar melalui dekat lantai
- e) Jangan menggunakan *fogging* dan sinar ultraviolet di kamar bedah untuk mencegah infeksi IDO
- f) Pintu kamar bedah harus selalu tertutup, kecuali bila dibutuhkan untuk lewatnya peralatan, petugas dan pasien
- g) Batasi jumlah orang yang masuk dalam kamar bedah

b. Membersihkan dan disinfeksi permukaan lingkungan

- a) Jika ada kotoran/darah/cairan tubuh lainnya pada permukaan benda atau peralatan, gunakan disinfektan untuk membersihkannya sebelum operasi dimulai
- b) Tidak perlu mengadakan pembersihan khusus atau penutupan kamar bedah setelah selesai operasi kotor
- c) Jangan menggunakan keset berserabut untuk kamar bedah ataupun daerah sekitarnya
- d) Pel dan keringkan lantai kamar bedah dan disinfeksi permukaan lingkungan atau peralatan dalam kamar bedah setelah selesai operasi terakhir setiap harinya dengan disinfektan
- e) Tidak ada rekomendasi mengenai disinfeksi permukaan lingkungan atau peralatan dalam kamar bedah di antara dua operasi bila tidak tampak adanya kotoran

- c. Sterilisasi instrumen kamar bedah
 - a) Sterilkan semua instrumen bedah sesuai petunjuk
 - b) Laksanakan sterilisasi kilat hanya untuk yang harus segera digunakan seperti instrumen yang jatuh tidak disengaja saat operasi berlangsung. Jangan melaksanakan sterilisasi kilat dengan alasan kepraktisan, untuk menghemat pembelian instrumen baru atau untuk menghemat waktu
- d. Pakaian bedah dan *drape*
 - a) Pakai masker bedah dan tutupi mulut dan hidung secara menyeluruh bila memasuki kamar, bedah saat operasi akan dimulai atau sedang berjalan atau instrumen steril sedang dalam keadaan terbuka. Pakai masker bedah selama operasi berlangsung
 - b) Pakai tutup kepala untuk menutupi rambut di kepala dan wajah secara menyeluruh bila memasuki kamar bedah (semua rambut yang ada di kepala dan wajah harus tertutup)
 - c) Jangan menggunakan pembungkusan sepatu untuk mencegah IDO
 - d) Bagi anggota tim bedah yang telah cuci tangan bedah, pakailah sarung tangan steril. Sarung tangan dipakai setelah memakai gaun steril
 - e) Gunakan gaun dan drape yang kedap air
 - f) Gantilah gaun bila tampak kotor, terkontaminasi percikan cairan tubuh pasien
 - g) Sebaiknya gunakan gaun yang *disposable*
- e. Teknik aseptik dan bedah
 - a) Lakukan teknik aseptik saat memasukkan peralatan intravaskuler (CVP), kateter anastesi spinal atau epidural,

atau bila menuang atau menyiapkan obat-obatan intravena.

- b) Siapkan peralatan dan larutan steril sesaat sebelum penggunaan
- c) Perlakukan jaringan dengan lembut, lakukan hemostatis yang efektif, minimalkan jaringan mati atau ruang kosong (*dead space*) pada lokasi operasi
- d) Biarkan luka operasi terbuka terbuka atau tertutup dengan tidak rapat, bila ahli bedah menganggap luka operasi tersebut sangat kotor atau terkontaminasi
- e) Bila diperlukan drainase, gunakan drain penghisap tertutup. Letakkan drain pada insisi yang terpisah dari insisi bedah. Lepas drain sesegera mungkin bila drain sudah tidak dibutuhkan lagi.

3) Pencegahan Infeksi Setelah Operasi

Perawatan luka setelah operasi:

- a) Lindungi luka yang sudah dijahit dengan perban steril selama 24 jam sampai 48 jam paska bedah.
- b) Lakukan kebersihan tangan sesuai dengan ketentuan (sebelum dan sesudah mengganti perban atau bersentuhan dengan luka operasi).
- c) Bila perban harus diganti gunakan teknik aseptik.
- d) Berikan pendidikan pada pasien dan keluarganya mengenai perawatan luka operasi yang benar, gejala IDO dan pentingnya melaporkan gejala tersebut.

Selain pencegahan IDO yang telah dipaparkan diatas, pencegahan infeksi dapat dilakukan dengan penerapan *bundles* IDO yaitu:

- a) Pencukuran rambut, dilakukan jika mengganggu jalannya operasi dan dilakukan sesegera mungkin sebelum tindakan operasi.
- b) Antibiotika profilaksis, diberikan satu jam sebelum tindakan operasi dan sesuai dengan empiris (pengawasan/observasi).
- c) Temperatur tubuh, harus dalam kondisi normal.
- d) Kadar gula darah, pertahankan kadar gula darah normal.

F. Assessesment Risiko

Menurut Arnicstian, E. (2018) Assessment Risiko merupakan kegiatan Assessment risiko yang dilakukan oleh perawat selama atau setelah mendapatkan pemasangan infus 3x24 jam. Terjadinya infeksi pada daerah infus atau pembuluh darah disebabkan karena adanya pemasangan infus. Infeksi dimulai pada hari pemasangan infus hingga 3x24 jam pemasangan infus. Adapun yang berperan dalam insiden infeksi daerah infus antara lain:

- 1) Teknik pemasangan kateter IV kurang baik.
- 2) Pasien dengan kondisi vena yang kurang baik.
- 3) Pemberian cairan hipertonik atau terlalu asam.
- 4) Bakteri yang berasal dari teknik aseptik yang kurang baik.
- 5) Tempat lokasi penusukan yang salah dan penggunaan ukuran kateter.
- 6) infus yang tidak sesuai dengan pembuluh darah.

G. Identifikasi dan pengelolaan risiko

Infeksi daerah infus atau infeksi aliran darah merupakan peradangan atau infeksi yang terjadi pada pembuluh darah (*intravena*). Infeksi daerah infus merupakan infeksi yang diperoleh selama dirawat dirumah sakit dengan manifestasi klinis 3x24 jam. Kejadian infeksi aliran darah atau infeksi daerah infus menjadi indikator mutu pelayanan minimal rumah sakit dengan standar $\leq 1,5\%$ (Depkes RI, 2008).Terjadinya infeksi dapat menyebabkan kenaikan suhu tubuh $37,5^{\circ}\text{C}$ - $38,5^{\circ}\text{C}$, tanda kemerahan dan

nyeri. Adapun tanda dan gejala atau manifestasi klinis infeksi pada daerah pemasangan infus terdiri atas:

- 1) Rubor (kemerahan)
- 2) Kolor (Panas)
- 3) Tumor (Pembengkakan)
- 4) Dolor (Nyeri)

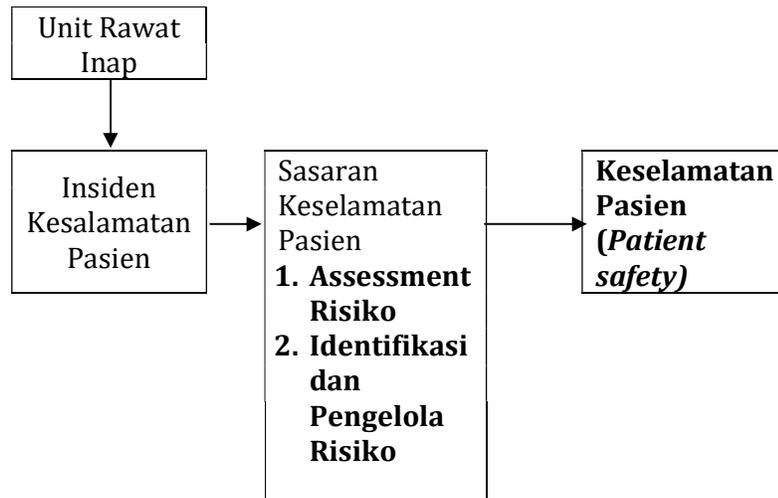
Menurut (Hamarno et al., 2019) Infeksi terkait dengan pemberian infus dapat dikurangi dengan empat intervensi yaitu:

- 1) Perawat melakukan teknik cuci tangan sebelum mengenakan handscoon saat melakukan prosedur.
- 2) Perawat mengganti larutan IV sekurang-kurangnya 24 jam, perawat mengganti juga harus mengganti semua kateter vena perifer sekurang-kurangnya 72 jam.
- 3) selain itu perawat memperhatikan sterilitas IV saat mengganti selang, larutan dan balutan.

Identifikasi dan pengelolaan risiko merupakan proses manajemen risiko bertahap dan berlanjut untuk mendukung pembuatan keputusan dan berkontribusi lebih baik terhadap risiko dan dampak yang muncul. Pola pencegahan dan kontrol infeksi berpedoman pada pemahan bahwa HAI's merupakan suatu kondisi yang berpotensi dapat dicegah namun dapat menjadi komplikasi yang tidak dapat diprediksi pada setiap orang yang bekerja di fasyankes. Melalui identifikasi faktor risiko infeksi yang dapat dihindari, teknik manajemen ditujukan untuk memperbaiki, meningkatkan keamanan dan kualitas pengendalian infeksi melalui kegiatan surveilans (Lardo et al., 2016).

H. Kerangka Teori

Berdasarkan uraian diatas landasan teoritis, maka dapat dibuat kerangka teori sebagai berikut:

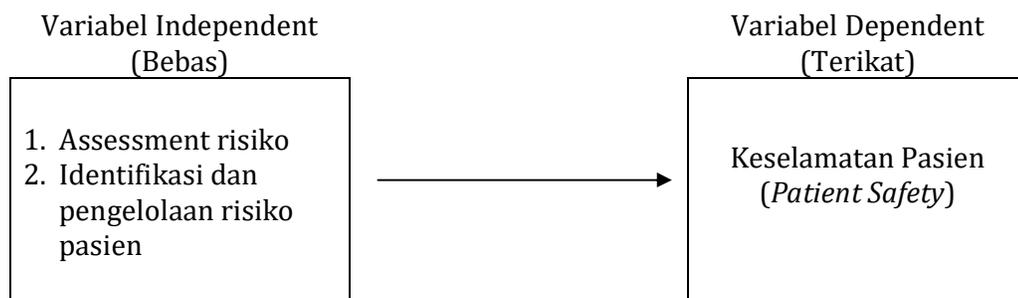


Gambar 2.1 Kerangka Teori

Keterangan: tanda **bold** merupakan variabel yang diteliti

I. Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka teori diatas, maka dapat disusun kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 2.2 kerangka Konsep

J. Hipotesis

1. Hipotesis Nihil (H_0)
 - 1) Tidak ada hubungan antara assesment risiko terhadap keselamatan pasien
 - 2) Tidak ada hubungan antara identifikasi dan pengelolaan risiko terhadap keselamatan pasien

2. Hipotesis Alternatif (H_a)
 - 1) Ada hubungan antara assesment risiko terhadap keselamatan pasien
 - 2) Ada hubungan antara identifikasi dan pengelolaan risiko terhadap keselamatan pasien

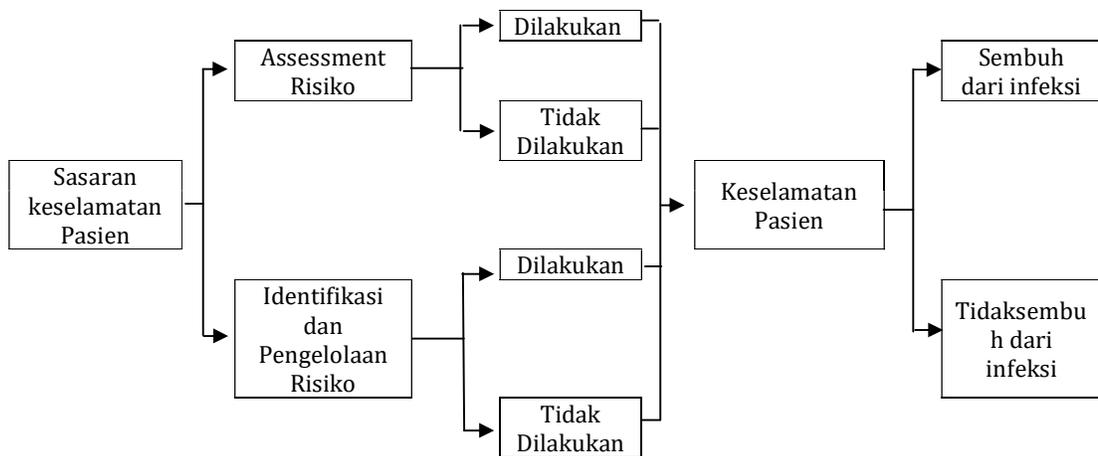
BAB III METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian

1. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional*.

2. Rancangan Penelitian



Gambar 3.1 Rancangan Penelitian

B. Subjek dan Objek Penelitian

1. Subyek

Menurut Sugiyono (2019), subjek penelitian merupakan pihak yang berkaitan dengan yang diteliti (informan atau narasumber) untuk mendapatkan informasi terkait data penelitian yang dapat menjelaskan karakteristik subjek yang diteliti. Subjek dalam penelitian ini ialah tenaga medis (perawat) pada ruangan raudah, marwah dan mina RSUD Harapan Dan Doa Kota Bengkulu Tahun 2024.

2. Obyek

Menurut Sugiyono (2019), Objek penelitian merupakan variabel yang diteliti oleh peneliti di tempat penelitian yang dilakukan. Objek

dalam penelitian ini ialah 30 orang pasien yang telah mendapatkan infus 3x24 jam pada ruangan marwah, mina dan raudah dilihat dari assesment risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien.

C. Definisi Operasional

Tabel 3. 1 Definisi Operasional

Variabel	Pengertian	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
Assesmen risiko pasien	Kegiatan assessmen yang dilakukan perawat terhadap pasien untuk mengidentifikasi tanda dan gejala lokasi infeksi setelah mendapatkan perawatan atau pemasangan infus 3x24 jam	• Lembar ceklist	• Observasi	1=Dilakukan (jika perawat melaksanakan assessmen risiko terhadap pemasangan infus 3x24 jam) 0 = Tidak Dilakukan (jika perawat tidak melakukan roses assessment risiko pemasangan infus 3x24)	Nominal
Identifikasi dan pengelolaan risiko pasien	Penilaian terhadap assessmen risiko yang terjadi dan tatalaksana pasien terinfeksi daerah infus. Yang terdiri dari: 1. Tanda Rubor/ke	• Lembar ceklist	• Observasi	1=Dilakukan (jika perawat melakukan semua tahapan identifikasi dan pengelolaan risiko pasien) 0 = Tidak Dilakukan	Nominal

Variabel	Pengertian	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
	merahan daerah infus 2. Kolor/Panas 3. Tumor/Pembengkakan 4. Dolor/Nyeri 5. Kenaikan suhu tubuh >38°C			(jika perawat tidak melakukan salah satu dari identifikasi dan pengelolaan risiko pasien)	
Keselamatan Pasien	Kondisi pasien yang tidak mengalami infeksi lanjutan	• Lembar ceklist	Melihat laporan kejadian HAIs	1=sembuh dari infeksi dan tidak mengalami cedera 0=tidak sembuh dari infeksi dan mengalami cedera	Nominal

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini direncanakan dilaksanakan di Instalansi Rawat Inap (IRNA) ruang Raudah, Marwah dan Mina di RSUD Harapan dan Doa Kota Bengkulu pada Agustus 2024.

E. Instrumen Penelitian dan Teknik Pengumpulan Data

1. Instrumen

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar mempermudah pekerjaan dan mendapatkan hasil yang lebih baik. Instrumen penelitian yang digunakan dalam penelitian ini merupakan lembar ceklist.

2. Teknik Pengumpulan Data

a. Pengumpulan Data

data merupakan bahan mentah yang perlu diolah agar dapat menghasilkan informasi, baik itu kualitatif atau kuantitatif yang menunjukkan fakta. Penelitian ini menggunakan data primer dan data sekunder di rawat inap ruangan marwah, mina dan raudahdi Rumah Sakit Umum Daerah Harapan dan Doa Kota Bengkulu.

b. Pengolahan Data

- 1) *Editing* merupakan proses memeriksa lembar kuesioner telah terisi dengan lengkap.
- 2) *Coding* merupakan proses pemberian kode pada variabel yang diteliti. *Assessment Risiko* (1=Dilakukan, jika perawat melaksanakan *assessment* risiko terhadap pemasangan infus 3x24 jam, 0= Tidak dilakukan, jika perawat tidak melakukan proses *assessment* risiko pemasangan infus 3x24). *Identifikasi dan Pengelolaan Risiko* (1=jika perawat melakukan semua tahapan identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, 0= Tidak dilakukan, jika perawat tidak melakukan salah satu dari identifikasi dan pengelolaan risiko pasien), serta *Keselamatan Pasien* (1=sembuh dari infeksi, jika pasien keluar dalam keadaan sembuh dan tidak terdapat tanda gejala terinfeksi selama masa perawatan, 0=tidak sembuh dari infeksi, jika pasien keluar dalam keadaan masih terdapat tanda gejala dari infeksi).
- 3) *Cleaning* merupakan proses setelah semua data selesai di *entry* perlu dicek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan atau data yang hilang.
- 4) *Processing* merupakan proses *entry* data ke sistem komputerisasi dengan menggunakan *ms excel*.

F. Analisis Data

1. Univariat

Analisis Univariat pada penelitian ini merupakan tabulasi presentase dari hasil perhitungan Lembar *Checklist*.

2. Bivariat

Analisis bivariat merupakan analisa yang digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independent dan variabel dependent secara bersamaan dengan menggunakan analisa statistik *chi-square*(x^2) dengan derajat permaknaan 95% dan tingkat signifikan(α) $\leq 0,005$.

Jika nilai $p \leq \alpha 0,005$ ditemukan adanya hubungan yang bermakna antara variabel independent dengan variabel dependent, jika nilai $p \geq \alpha 0,005$ tidak ditemukan hubungan yang bermakna antara variabel independent dengan variabel dependent (Arikunto, 2012).