



Keselamatan Pasien dan K3 Keperawatan

-Modul Praktikum Keperawatan-
2025

Dwi Soelistyoningsih, dr.,M.Biomed, Dr.
Frengki Apriyanto, Ns.,M.Kep
Rosly Zunaedi, Ns., M. Kep
Ari Dwi Sulaksono, Ns, M.Kep



Tim Departemen Dasar dan Manajemen
STIKES WIDYAGAMA HUSADA MALANG
2025

**MODUL PRAKTIKUM
KESELAMATAN PASIEN
&
KESELAMATAN KESEHATAN KERJA KEPERAWATAN**



Oleh:
Dwi Soelistyoningsih, dr., M.Biomed, Dr.
Frengki Apryananto, Ns., M.Kep
Rosly Zunaedi, Ns., M. Kep
Ari Dwi Sulaksono, Ns, M.Kep
Tim Departemen Dasar & Manajemen
STIKES WIDYAGAMA HUSADA

PROGRAM STUDI S1 PENDIDIKAN NERS
STIKES WIDYAGAMA HUSADA
MALANG

LEMBAR PENGESAHAN

MODUL PRAKTIKUM

KESELAMATAN PASIEN DAN KESELAMATAN KESEHATAN KERJA KEPERAWATAN

Oleh:

1. Dwi Soelistyoningsih, dr., M. Biomed, Dr.
2. Frengki Apriyanto, Ners., M. Kep
3. Rosly Zunaedi, Ns., M. Kep
4. Ari Dwi Sulaksono, Ns, M.Kep

Modul Ini Digunakan Sebagai Acuan Dalam Praktikum Mata Kuliah

KESELAMATAN PASIEN DAN KESELAMATAN KESEHATAN KERJA KEPERAWATAN

Dinyatakan dapat digunakan

Disahkan, Februari 2025

Mengetahui

Ketua
STIKES Widyagama Husada

Ketua LPPM
STIKES Widyagama Husada,

Dr. Rudy Joegijantoro, MMRS
NIP. 197110152001121006

Misbahul Subhi, S.KM.,.M.KL
NIDN. 0717098403

VISI MISI
PROGRAM STUDI PENDIDIKAN NERS

VISI

Menjadi program studi pendidikan ners berdasarkan nilai keagamaan, kewirausahaan, dan keperawatan di tingkat nasional pada tahun 2025

MISI

1. Menyelenggarakan pendidikan/profesi ners yang mengintegrasikan nilai keagamaan, kewirausahaan, dan keperawatan
2. Mengembangkan penelitian dan melaksanakan pengabdian masyarakat yang bermutu dibidang keperawatan
3. Mengembangkan program studi pendidikan/profesi ners dengan tata kelola yang baik berorientasi pada nilai keagamaan dan kewirausahaan

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan segala Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga tim penyusun dapat menyelesaikan Modul Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja Keperawatan, untuk meningkatkan kualitas pembelajaran dan panduan praktikum Mahasiswa Pendidikan Ners STIKES Widyagama Husada.

Modul ini bertujuan untuk membantu mahasiswa dalam melaksanakan praktikum mata kuliah Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja Keperawatan, dalam bentuk metode pembelajaran *problem based learning* guna meningkatkan kemampuan mahasiswa dalam melakukan tindakan keperawatan.

Penyusun menyadari adanya kekurangan dalam buku ini, sehingga saran dan kritik pembaca diperlukan guna penyempurnaan buku berikutnya.

Malang, Februari 2025

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
VISI MISI PROGRAM STUDI KEPERAWATAN	v
KATA PENGANTAR	1
DAFTAR ISI	2
BAB 1 SASARAN KESELAMATAN PASIEN	4
1.1 Identifikasi Pasien dengan Benar	4
1.2 Peningkatan Komunikasi yang Efektif	8
1.3 Keamanan Obat yang Harus Diwaspadai	11
1.4 Kepastian Tepat Lokasi Pembedahan, Tepat Prosedur, dan Tepat Pasien	19
1.5 Pengurangan Risiko Infeksi akibat Perawatan Kesehatan	27
1.6 Pengurangan Risiko Pasien Cidera Akibat Jatuh	35
BAB 2 KESELAMATAN & KESEHATAN KERJA KEPERAWATAN	
2.1 Keselamatan & Kesehatan Kerja secara Umum	51
2.2 K3 Rumah Sakit.....	52
2.3 Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)	55
DAFTAR PUSTAKA	63

PENDAHULUAN MODUL PRAKTIKUM
KESELAMATAN PASIEN & KESELAMATAN KESEHATAN KERJA KEPERAWATAN

NAMA MATA KULAH : Keselamatan Pasien & Keselamatan Kesehatan Kerja Keperawatan
SKS PRAKTIKUM : 1 SKS

Deskripsi mata kuliah praktikum:

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

Capaian Mata kuliah/ Indikator :

1. Mahasiswa mampu mengenali dan melakukan upaya peningkatan keselamatan pasien
2. Mahasiswa mampu mengenali berbagai *hazard* sebagai upaya peningkatan keselamatan pasien serta Keselamatan & Kesehatan Kerja bagi perawat
3. Menguasai prinsip-prinsip K3, hak dan perlindungan kerja ners

Jam Pelaksanaan:

(1*14*100 menit)

Tempat/Lokasi Praktikum/Praktik:

Laboratorium, ruang kelas

Tata Tertib:

1. Menggunakan seragam (d disesuaikan dengan hari) atau pakaian rapi dan sopan (tidak memakai sandal, kaos oblong, perhiasan, tidak menggunakan anting dan tidak berambut panjang bagi laki-laki, tidak memakai kaos kaki yang berbau).
2. Menggunakan jas laboratorium beserta atribut lengkap Stikes (pin dan *nametag*).
3. Mahasiswa kontrak dengan dosen pembimbing maksimal sehari sebelum pelaksanaan praktikum.
4. Mahasiswa menyiapkan alat maksimal sehari sebelum pelaksanaan praktik laboratorium dengan mengikuti alur peminjaman di laboratorium.

5. Selama pelaksanaan praktikum, seluruh barang bawaan kecuali buku/modul praktikum/buku penunjang praktikum (tas, *handphone*) dimasukkan ke dalam lemari loker.
6. Menjaga kebersihan ruangan laboratorium selama pelaksanaan praktikum.
7. Mengembalikan alat ke laboratorium setelah pelaksanaan praktikum.
8. Mengganti apabila merusakkan atau menghilangkan alat laboratorium sesuai dengan aturan yang berlaku di laboratorium terpadu.



ALUR PELAYANAN LABORATORIUM TERPADU

ALUR PEMINJAMAN BARANG

Mahasiswa melihat jadwal praktikum dan ruang praktikum yang tertera di timeline praktikum (kontrak dengan dosen)



Mahasiswa kontrak dengan Lab (Max H-1)



Mahasiswa melakukan pengecekan alat dan bahan sesuai dgn kitir peminjaman (lengkap, bersih dan rapi)



Mahasiswa mengisi Kitir peminjaman alat dan bahan sesuai SOP Prasat



Mahasiswa menyerahkan kartu identitas (KTM/KTP) kepada laboran



Laboran menyiapkan alat dan bahan yang dibutuhkan sesuai kitir peminjaman



SELESAI

ALUR PENGEMBALIAN BARANG

Mahasiswa mengembalikan Alat ke laboran



Mahasiswa bersama laboran mengecek kelengkapan, kebersihan dan kerapian alat.



Laboran menandatangani kitir jika alat telah lengkap, bersih dan rapi



Laboran mengembalikan Kartu Identitas (KTM/KTP) kepada mahasiswa



SELESAI

BAB I

SASARAN KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan pasien merupakan isu penting di tiap negara penyelenggara layanan kesehatan. Keselamatan atau '*safety*' adalah bebas dari risiko atau bahaya. Keselamatan pasien merupakan kondisi aman atau tidak adanya bahaya yang mengancam pasien selama proses perawatan. Telah dipelajari bahwa peristiwa yang merugikan bukan terjadi karena tenaga medis sengaja melukai pasien tetapi karena kompleksitas sistem pelayanan kesehatan. Kegagalan dalam memeriksa identitas medis pasien, kesalahan pemberian obat, kesalahan penggunaan teknologi medis, kurangnya pengetahuan dan *skill* tenaga medis & non medis, ataupun lemahnya komunikasi antara penyedia (*provider*) layanan kesehatan (terutama rumah sakit) merupakan contoh kesalahan yang dapat merugikan keselamatan pasien.

Oleh karena itu diperlukan upaya menurunkan cedera yang tidak perlu yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan hingga ke tingkat minimum yang dapat diterima. Pengelolaan keselamatan pasien penting dilaksanakan di tempat pelayanan kesehatan karena pasien memiliki resiko jatuh, resiko tertular infeksi karena dirawat, resiko bahaya kebakaran, resiko keamanan, dan lain-lain.

1. Identifikasi Pasien dengan Benar

1. Deskripsi dan tujuan

Identifikasi pasien adalah suatu proses pemberian tanda atau pembeda yang mencakup nomor rekam medis dan identitas pasien dengan tujuan agar dapat membedakan antara pasien satu dengan pasien yang lainnya guna ketepatan pemberian pelayanan, pengobatan dan tindakan atau prosedur kepada pasien.

Tujuan dari identifikasi pasien yakni :

- a. Mengidentifikasi dengan benar pasien yang akan diberi layanan atau pengobatan tertentu.
- b. Mencocokkan layanan atau perawatan dengan individu tersebut.

2. Kebijakan/prosedur untuk identifikasi pasien

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

- Jelaskan bahaya untuk pasien yang menolak, melepas, menutup gelang dengan tape perban, dan lain-lain.

3. Prosedur/ tindakan yang memerlukan identifikasi pasien

- Pemberian obat/ pengobatan
- Pemberian darah/ produk darah/transfusi darah
- Pengambilan darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis
- Sebelum memberikan tindakan (pemeriksaan radiologi: rontgen, MRI, dan sebagainya, pembedahan, dan prosedur invasif lainnya)
- Transfer pasien
- Konfirmasi kematian

Kegagalan atau kesalahan dalam prosedur identifikasi menurut (Kemenkes RI, 2017) dapat terjadi pada kondisi berikut:

- Pasien mendapat pengobatan dan transfusi darah.
- Pasien diambil darahnya/specimen lainnya untuk diperiksa.
- Penyerahan bayi setelah dilahirkan kepada orang yang bukan keluarganya.
- Pasien yang sedang menjalani pembiusan.
- Pasien mengalami penurunan kesadaran.
- Pasien menukar tempat tidur/kamarnya tanpa sepengetahuan petugas di rumah sakit.

4. Cara melakukan identifikasi pasien dengan benar

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

5. Standar Prosedur Operasional (SOP) Pemasangan Gelang Identifikasi Pasien

SOP	Identifikasi Pasien
Persiapan Alat	- Buku catatan/status pasien - Alat tulis - Gelang identitas pasien Misalnya : 

	 4. Hand schoen bersih
Persiapan Klien & Lingkungan	1. Memberikan salam, perkenalkan nama dan mengidentifikasi klien dengan menanyakan identitas pasien secara aktif (nama, tanggal/bulan/tahun lahir, nomor register) 2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Beri kesempatan klien untuk bertanya 4. Menjaga privasi klien (menutup tirai/sketsel) 5. Mengatur posisi nyaman
Pelaksanaan	1. Perawat mencuci tangan 2. Perawat memakai hand schoen bersih 3. Lakukan pemasangan gelang identitas sesuai jenis kelamin 4. Berikan penjelasan tentang pentingnya gelang identitas pasien dan bahayanya bila dilepas/ tidak dipakai 5. Evaluasi pemahaman pasien/ keluarga tentang gelang identitas
Evaluasi	1. Evaluasi respon subjektif dan objektif klien 2. Simpulkan hasil kegiatan 3. Berikan reinforcement positif 4. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 5. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik
Dokumentasi	1. Catat tindakan yang telah dilakukan, tanggal dan jam pelaksanaan 2. Catat respon klien terhadap tindakan 3. Nama dan paraf perawat
SUMBER PUSTAKA	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien 2. WHO.2011. <i>WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition</i> 3. Panesar SS, et al., 2017. <i>At Glance Keselamatan Pasien dan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan</i>. Erlangga. Jakarta 4. <i>NHS Foundation Trust. 2015.Patient Identification Policy.</i> .http://www.southernhealth.nhs.uk/ resources/assets/inline/full/0/71283.pdf

- **Lembar Kerja**

1. Mengapa identifikasi pasien penting ?
2. Bagaimana cara identifikasi pasien yang baik? Lakukan sesuai SOP
3. Sebutkan macam-macam warna gelang identitas pasien dan artinya !

Jawaban:

[illegible]

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

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

2. Isi laporan SBAR -

S (Situation):

- ☐ melaporkan situasi pasien, meliputi: nama pasien, umur, lokasi, masalah yang ingin disampaikan, tanda-tanda vital pasien, kekhawatiran petugas terhadap kondisi pasien yang belum maupun sudah teratasi.

- **B (Background):**

- ☐ menyampaikan latar belakang atau masalah pasien sebelumnya (*Background*)
 - a. Keluhan utama, intervensi yang telah dilakukan, respon pasien ☐ diagnose keperawatan, riwayat alergi, riwayat pembedahan, pemasangan alat infusif dan obat atau infuse
 - b. Berilah informasi riwayat medis pasien atau informasi yang berkaitan dengan permasalahan yang ditemukan. Perlu dijelaskan atau digaris bawahi riwayat medis yang bermakna. Bila permasalahan di bidang lain misalnya sampel darah atau permasalahan obat maka poin penting dari permasalahan tersebut ditonjolkan

- **A (Assessment):**

- ☐ menyampaikan penilaian terhadap kondisi pasien dengan menyampaikan masalah saat ini
- ☐ hasil Pengkajian kondisi pasien terkini (*Assesment*)
 - a. Sebutkan tanda vital, pain score, GCS, status restrain, Resiko jatuh, Status nutrisi, eliminasi hal yang kritis dan lain lain.
 - b. Hasil pemeriksaan penunjang yang abnormal
 - c. Informasi lain yang mendukung
 - d. Penilaian terhadap masalah yang ditemukan terkait dengan apa yang menjadi masalah pada pasien. Berilah kesan pasien secara klinis serta hal yang terkait dengan hal tersebut. Jelaskan pula tindakan apa yang sudah di berikan kepada pasien untuk mengatasi permasalahan tersebut sambil menunggu rekomendasi yang diterima petugas

- **R (Recommendation):**

- ☐ menyampaikan rekomendasi berupa saran, pemeriksaan tambahan, atau perubahan tatalaksana jika diperlukan.
 - a. Usulan pemeriksaan atau tindakan atas kondisi pasien saat ini.
 - b. Tindakan apa yang direkomendasikan untuk memperbaiki masalah

c. Apa yang dibutuhkan untuk memperbaiki kondisi pasien d. Kapan waktu yang di harapkan tindakan ini terjadi

- Jelaskan kepada petugas rekomendasi yang diberikan untuk mengatasi permasalahan tersebut. Saran disampaikan dengan jelas, bagaimana cara melaksanakan saran serta tentukan waktu pelaksanaannya serta tindak lanjutnya. Terakhir, rekomendasi yang diberikan, apakah sudah sesuai dengan harapan pada akhir pembicaraan dengan klinisi atau petugas tersebut.

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

- a. Saat serah terima Pasien (antar *shift* keperawatan, perpindahan pasien antar unit kerja)
- b. Saat Petugas melaporkan kondisi pasien kepada Dokter Penanggung Pawab Pasien (DPJP). Isi laporan yang disampaikan, meliputi:
 - kondisi pasien yang kritis
 - pemeriksaan penunjang dengan hasil nilai kritis
 - kondisi pasien yang mendapat pengobatan dan memerlukan pengawasan khusus
 - kondisi pasien yang memerlukan monitoring ketat
- c. Pasien rawat jalan dan pasien rawat inap.
- d. Komunikasi pada kasus *urgent* dan *non urgent*.
- e. Komunikasi dengan pasien, perorangan atau lewat telepon
- f. Keadaan khusus antara dokter dan perawat.
- g. Membantu konsultasi antara dokter dengan dokter.
- h. Mendiskusikan dengan konsultan professional lain misal terapi respirasi, fisioterapi.
- i. Komunikai dengan mitra bestari.
- j. Komunikasi pada saat perubahan shift jaga.
- k. Meningkatkan perhatian
- l. Serah terima dari petugas ambulans kepada staf rumah sakit.

Contoh:

SERAH TERIMA PASIEN DENGAN KOMUNIKASI SBAR

- **Situation:** Pasien Tn Gun, 45 thn, dirawat di kamar 605, saat ini mengalami gangguan pernafasan dengan RR 35 x/mt
- **Background:** Pasien masuk rumah sakit 2 hari yang lalu dengan riwayat, Pneumothorax, O2 saturasi turun, 95% dalam 2 menit menjadi 85% dgn non rebreathing, pada auskultasi: suara pernafasan menurun di sebelah kanan. Tracheal shift, peningkatan distress, pasien saat ini diposisikan tidur semi fowler
- **Assessment:** Pasien tampaknya mengalami gagal nafas/ gangguan pertukaran gas
- **Recommendation:** Dokter telah dihubungi melalui telepon belum terhubung, mohon dihubungi kembali untuk kemungkinan alih rawat ICU untuk pemasangan ventilator.

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

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

1. Kelompokkanlah data pada Kasus-1 (Tn. Anto) menjadi struktur SBAR

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

2. Mintalah teman Anda/ instruktur untuk mengobservasi praktik melaporkan kondisi pasien yang Anda lakukan (lakukan sampai dengan tindakan Anda sempurna/ mendapat Nilai 100)

1.3 Keamanan Obat yang Harus Diwaspadai

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 58 Tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit mengharuskan rumah sakit di Indonesia untuk mengembangkan kebijakan pengelolaan obat untuk meningkatkan keamanan khususnya obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*). Untuk itu Perawat sebagai tenaga kesehatan yang ikut berperan dalam terpenuhinya kebutuhan pasien akan pengobatan harus memahami kebijakan ini.

1. Pengertian

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

Pengobatan yang aman perlu dijamin dalam setiap langkah pemberian obat, yaitu pada saat: a) Peresepan obat, b) Pemberian obat, dan c) Pemantauan efek obat. Beberapa terminologi penting terkait pemberian obat:

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

2. Katagori dan spesifikasi obat yang termasuk ke dalam *high alert medication*

Dengan adanya daftar obat Tabel 2.1, diharapkan bisa mengurangi kesalahan dalam pemberian *high alert medications*. Pemberian *high-alert medications* harus teliti. Hal-hal yang dilakukan untuk meningkatkan keamanan *high alert medications* adalah perawat harus melakukan pengecekan ganda (*double check*) terhadap semua *high alert medications* sebelum diberikan kepada pasien. Selain itu, persiapan dan penyimpanannya pun harus jelas. *High alert medications* harus disimpan di pos perawat di dalam troli atau kabinet yang terkunci dan diberi label yang jelas.

Selain daftar obat yang high alert, perlu diperhatikan obat-obat LASA (*look alike sound alike*) atau NORUM (nama obat, rupa, ucapan mirip) yang menjadi penyebab tersering dalam kesalahan pemberian obat (*medication error*). Beberapa contoh dari obat-obat LASA atau NORUM :



Gambar 1.1 Obat-obat LASA atau NORUM

Tabel 2.1. Daftar Obat-obat yang Perlu Diwaspadai

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

Kategori/kelas obat-obatan	Jenis obat
Agonis adnergik IV	Epinefrin, fenilefrin, norepinefrin, isoproterenol
Antagonis adrenergic IV	Propanolol, metoprolol, labetalol
Agen anestesi (umum, inhalasi, dan IV)	Propofol, ketamin
Anti-trombotik, termasuk:	Warfarin, LMWH(low-molecular-weight heparin, unfractionated heparin IV
a. Antikoagulan	-
b. Inhibitor faktor X a	-
c. Direct thrombin inhibitors	Etexliate
d. Trombolitik	Lepirudin
e. Inhibitor glikoprotein IIb/IIIa	-
Larutan /solusio kardioplegik	
Agen kemoterapi (parenteral dan oral)	
Dekstrosa hipertonik($\geq 20\%$)	
Larutan dialysis (peritoneal dan hemodialisis)	
Obat-obatan epidural atau intratekal	
Obat hipoglikemik (oral)	
Obat inotropik IV	Digoksin, milrinone
Insulin (SC dan IV)	Insulin regular, aspart, NPH, glargin
Obat-obatan dengan bentuk liposomal	Amfoterisin B liposomal
Agen sedasi moderat / sedang IV	Dexmedetomidine, midazolam
Agen sedasi moderat/ sedang oral, untuk anak	Chloral hydrate, ketamin, midazolam
Agen blok neuromuscular	Suksinikolin, rokuronium, vekuronium, atrakurium, pankurium
Preparat nutrisi parenteral	
Agen radiokontras IV	
Akua bi destilata, inhalasi, dan irigasi (dalam kemasan $\geq 100\text{ml}$)	
NaCl untuk injeksi, hipertonik dengan konsentrasi $> 0,9\%$	
Konsentrat K Cl untuk injeksi	
E poprostenol IV	
Injeksi Magnesium Sulfat (MgSO_4)	
Digoksin IV	

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

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

3. Pemberian obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*) di ruang perawatan
- a. Sebelum perawat memberikan obat *high alert* kepada pasien maka perawat lain harus melakukan pemeriksaan kembali (*double check*) secara independen: **10 benar**
 - 1) Benar obat (kesesuaian antara obat dengan rekam medik/instruksi dokter)
 - 2) Benar waktu dan frekuensi pemberian
 - 3) Benar dosis (ketepatan perhitungan dosis obat)
 - 4) Benar rute pemberian

- 5) Benar identitas pasien (kebenaran nama pasien, kebenaran nomor rekam medis pasien, kebenaran umur/ tanggal lahir pasien, kebenaran alamat rumah pasien, Nama DPJP)
 - 6) Benar dokumentasi, dokumentasikan/tulis tindakan pengobatan yang telah diberikan dengan segera agar tidak lupa.
 - 7). Benar edukasi, pasien perlu mendapat penjelasan memadai sebelum terapi diberikan.
 - 8). Benar alasan penolakan, bila ada penolakan obat dari pasien maka tidak bisa dipaksakan namun harus dipastikan pasien telah mendapat penjelasan yang cukup tentang risiko penolakaan tersebut.
 - 9). Benar pengkajian, sebelum memberikan obat perlu dilakukan pengkajian yang diperlukan misalnya tekanan darah sebelum memberikan obat hipertensi.
 - 10). Benar evaluasi, evaluasi dilakukan untuk menilai keefektifan pengobatan atau respon pasien terhadap pengobatan
- b. Obat *high alert* infus harus dipastikan:
- Ketepatan kecepatan pompa infus (*infuse pump*).
 - Jika obat lebih dari satu, tempelkan label nama obat pada syringe pump dan disetiap ujung jalur selang.
- c. Obat *high alert* elektrolit konsentrasi tinggi harus diberikan sesuai perhitungan standar yang telah baku, yang berlaku di semua ruang perawatan.
- d. Setiap kali pasien pindah ruang rawat, perawat pengantar menjelaskan kepada perawat penerima pasien bahwa pasien mendapatkan obat high alert, dan menyerahkan formulir pencatatan obat.
- e. Dalam keadaan *emergency* yang dapat menyebabkan pelabelan dan tindakan pencegahan terjadinya kesalahan obat high alert dapat mengakibatkan tertundanya pemberian terapi dan memberikan dampak yang buruk pada pasien, maka dokter dan perawat harus memastikan terlebih dahulu keadaan klinis pasien yang membutuhkan terapi segera (*cito*) sehingga *double check* dapat tidak dilakukan, namun sesaat sebelum memberikan obat, perawat harus menyebutkan secara lantang semua jenis obat yang diberikan kepada pasien sehingga diketahui dan didokumentasikan dengan baik oleh perawat yang lainnya.

4. Standar Operasional Prosedur Pengecekan Ganda Sebelum Pemberian dan Pemberian Obat yang Perlu Diwaspadai

SOP	Pengecekan Ganda (<i>Double Check</i>) Sebelum Pemberian dan Pemberian Obat yang Perlu Diwaspadai
Persiapan Alat	1. Status pasien 2. Obat <i>high alert</i> 3. Alat kesehatan yang diperlukan
Persiapan Klien & Lingkungan	1. Memberikan salam, perkenalkan nama dan mengidentifikasi klien dengan menanyakan identitas pasien secara aktif (nama, tanggal/bulan/tahun lahir, nomor register) 2. Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan 3. Beri kesempatan klien untuk bertanya 4. Menjaga privasi klien (menutup tirai/sketsel) 5. Mengatur posisi nyaman
Pelaksanaan	1. Cuci tangan dan menggunakan hand schoen 2. Anda dan Perawat lain melakukan pemeriksaan kembali (<i>double check</i>) secara independen tentang : a. Benar obat (kesesuaian obat dengan rekam medik/instruksi dokter) b. Benar waktu dan frekuensi pemberian

	c. Benar dosis (ketepatan perhitungan dosis obat) d. Benar rute pemberian e. Benar identitas pasien f. Benar dokumentasi g. Benar edukasi h. Benar alasan penolakan i. Benar pengkajian j. Benar evaluasi 3. Setelah semua sesuai, perawat memberikan obat high alert kepada pasien dengan hati-hati 4. Perawat memastikan obat <i>high alert infuse</i> diberikan dengan tepat 5. Memastikan ketepatan kecepatan pompa infus (<i>infuse pump</i>) 6. Bila obat lebih dari satu, tempelkan label nama obat pada syringe pump dan di setiap ujung jalur selang 6. Evaluasi pemahaman pasien/ keluarga tentang gelang identitas
Evaluasi	1. Evaluasi respon subjektif dan objektif klien 2. Berikan reinforcement positif 3. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya 4. Akhiri kegiatan dengan cara yang baik
Dokumentasi	4. Catat tindakan yang telah dilakukan, tanggal dan jam pelaksanaan 5. Catat respon klien terhadap tindakan 6. Nama dan paraf perawat
SUMBER PUSTAKA	1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. 2. Miller-Hoover, S. (2015). High-Alert Medications: Best Practices. Revised. <i>RN.com</i>. 3. WHO.2011. <i>WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition</i> 4. Panesar SS, et al., 2017. <i>At Glance Keselamatan Pasien dan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan</i>. Erlangga. Jakarta

Latihan

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

- 1. Lakukanlah prosedur pengecekan ganda (*double check*) sebelum pemberian obat *high alert*
- 2. Demonstrasikan prosedur memberikan obat yang perlu diwaspadai

[illegible]

1.4. Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar

1. Tujuan

Setelah mempelajari topik ini, diharapkan mahasiswa dapat:

- Mendemonstrasikan prosedur untuk memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar

2. Teori Singkat

1. Definisi

Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara infasive dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani (R. Sjamsuhidajat & Wim de jong, 2005). Proses operasi merupakan pembukaan bagian tubuh untuk dilakukan perbaikan yang diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka.

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

2. Tujuan

Tujuan rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien adalah mencegah dan menurunkan angka kejadian salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi.

Prosedur Salah-lokasi, salah-prosedur, salah pasien pada operasi adalah sesuatu yang mengkhawatirkan dan tidak jarang terjadi di rumah sakit. Adapun penyebab dari kesalahan tersebut, adalah:

- Komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, - kurang/tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*),
- Tidak ada prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. - asesmen pasien yang tidak adekuat,
- Penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat,
- Budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah,
- Permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (*illegible handwriting*), - pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi.

3. Peran dan Tanggung Jawab

a. Petugas/Perawat kamar operasi

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

b. Kepala bagian Ruang Operasi

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

c. Ka.Sub Keselamatan Pasien

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

4. Prinsip

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

- a. Semua pasien rawat jalan, rawat inap, IGD yang akan menjalani suatu prosedur pembedahan, wajib di lakukan penandaan dengan benar saat berada di ruangan atau sekurang kurangnya 1 jam sebelum di lakukan prosedur pembedahan.
- b. Tujuan utama penandaan adalah untuk menghindari salah lokasi, salah prosedur dan salah pasien
- c. Penandaan digunakan pada proses untuk mengidentifikasi pasien ketika akan di lakukan suatu prosedur pembedahan
- d. Penandaan di lakukan oleh dokter operator dan wajib ikut di dalam kamar operasi saat prosedur pembedahan di lakukan.
- e. Penandaan dengan menggunakan tanda GARIS tebal “ — ”
- f. Untuk identifikasi lokasi operasi wajib mengikut sertakan pasien dalam proses penandaan.
- g. Menggunakan checklist atau proses lain untuk verifikasi lokasi yang tepat, prosedur yang tepat, dan pasien yang tepat sebelum operasi, dan seluruh dokumen serta peralatan yang dibutuhkan tersedia, benar dan berfungsi.
- h. Seluruh tim operasi membuat dan mendokumentasikan prosedur time out sesaat sebelum prosedur operasi dimulai.

5. Check list keselamatan

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

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

Banyak langkah yang sudah diterima sebagai praktek yang rutin di berbagai fasilitas di seluruh dunia walaupun jarang diikuti oleh keseluruhan. Tiap bagian bedah harus praktek dengan *checklist* dan mengevaluasi bagaimana kesensitivan integrasi *checklist* ini dengan alur operasi biasanya. Tujuan utama dari WHO *surgical safety checklist*-dan manualnya-untuk membantu mendukung bahwa tim secara konsisten mengikuti beberapa langkah keselamatan yang kritis dan meminimalkan hal yang umum dan risiko yang membahayakan dan dapat dihindari dari pasien bedah. *Checklist* ini juga memandu interaksi verbal antar tim sebagai arti konfirmasi bahwa standar perawatan yang tepat dipastikan untuk setiap pasien.

6. Tiga Fase Operasi

Untuk mengimplementasikan checklist selama pembedahan, seorang harus bertanggungjawab untuk melakukan pengecekan checklist. Hal ini diperlukan seorang checklist koordinator biasanya perawat sirkuler tapi dapat berarti setiap klinisi yang berpartisipasi dalam operasi. Checklist membedakan operasi menjadi 3 fase dimana berhubungan dengan waktu tertentu seperti pada prosedur normal, yaitu: a) periode sebelum induksi anestesi (sign in), b) setelah induksi dan sebelum insisi pembedahan, dan c) periode selama atau setelah penutupan luka tapi sebelum pasien masuk RR.

a. *Fase Sign in*

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

b. *Fase Time Out*

Fase Time Out adalah fase setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing. Tim operasi memastikan bahwa semua orang di ruang operasi saling kenal. Sebelum melakukan sayatan pertama pada kulit tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras mereka melakukan operasi yang benar, pada pasien yang benar. Mereka juga mengkonfirmasi bahwa antibiotik profilaksis telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya.

c. *Fase Sign Out*

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

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

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

3. Pelaksanaan Praktikum

Formulir 4.1

MEMASTIKAN LOKASI PEMBEDAHAN YANG BENAR,
PROSEDUR YANG BENAR, PEMBEDAHAN PADA PASIEN YANG BENAR

SOP	MEMASTIKAN LOKASI PEMBEDAHAN YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PEMBEDAHAN PADA PASIEN YANG BENAR
ASSESSMENT (A)	1. Kaji identitas dan status/ dokumen rekam medik pasien
PLANNINGT (P)	2. Persiapan perawat 3. Persiapan alat: 4. Persiapan Lingkungan 5. Bina hubungan saling percaya: Ucapkan salam; Perkenalkan diri perawat (Nama, jabatan, tempat tugas, jam tugas); 6. Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 7. Kontrak: waktu dan tempat
IMPLEMENTATION (I)	8. Pastikan identitas pasien pada gelang pasien, tanyakan nama, tempat tanggal lahir, no RM 9. Jelaskan materi tentang penandaan lokasi operasi pada pasien dan atau keluarga pasien 10. Berikan tanda lokasi operasi dengan tanda yang tidak mudah luntur dan mudah dikenali 11. Melibatkan pasien saat dilakukan penandaan lokasi operasi tersebut 12. Lakukan verifikasi pada pasien dan atau keluarga bahwa mereka telah memahami dan mengetahui lokasi yang akan dilakukan operasi 13. Ucapkan terimakasih, dan semoga semuanya dapat berjalan dengan baik.
EVALUATION (E)	14. Evaluasi respon subjektif dan objektif klien 15. Berikan reinforcement positif 16. Tentukan rencana tindak lanjut 17. Beri salam terapeutik
DOKUMENTASI	18. Catat hasil tindakan
SIKAP	19. Dilakukan dengan sistematis 20. Percaya diri
SUMBER PUSTAKA	1. Endriani, S. (2012) Panduan identifikasi pasien. https://www.academia.edu/keypass/PANDUAN_IDENTIFIKASI_PASIEN . Diperoleh 14 Agustus 2017. 2. Hasri, E. T. (2015). Peningkatan Keamanan High-Alert Medication. https://www.mutupelayanankesehatan.net/index.php/component/content/article/1680https://www.mutupelayanankesehatan.net/index.php/component/content/article/1680 3. Kementerian Ristekdikti. (2015). Modul pelatihan untuk pelatih keselamatan pasien. http://fk.ui.ac.id/uncategorized/e-book-modul-pelatihan-untuk-pelatih-keselamatan-pasien.html 4. Nurdiana dan Sulistyani, D. Ed. (2016). Buku saku keperawatan. Jakarta: Bidang Keperawatan RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo 5. NHS Foundation Trust. (2015). Patient Identification Policy. http://www.southernhealth.nhs.uk/_resources/assets/inline/full/0/71283.pdf 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien.

SOP
Formulir 4.2

**MELAKUKAN VERIFIKASI SEBELUM OPERASI UNTUK
MEMASTIKAN PEMBEDAHAN YANG BENAR (LOKASI, PROSEDUR, PASIEN)**

SOP	MELAKUKAN VERIFIKASI SEBELUM OPERASI UNTUK MEMASTIKAN PEMBEDAHAN YANG BENAR (LOKASI, PROSEDUR, PASIEN)
ASSESMENT (A)	1. Kaji identitas dan status/ dokumen rekam medik pasien
PLANNINGT (P)	2. Persiapan perawat 3. Persiapan alat: 4. Persiapan Lingkungan 5. Bina hubungan saling percaya: Ucapkan salam; Perkenalkan diri perawat (Nama, jabatan, tempat tugas, jam tugas); 6. Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 7. Kontrak: waktu dan tempat
IMPLEMENTATION (I)	8. Melakukan identifikasi identitas pasien pada gelang pasien, tanyakan nama, tempat tanggal lahir, no RM 9. Jelaskan tentang tindakan verifikasi yang dilakukan sebelum operasi Menggunakan check-list: 10. Melakukan verifikasi semua dokumen, gambar atau citra, penyelidikan yang relevam telah tersedia, sudah diberi label & ditampilkan, 11. Melakukan verifikasi memastikan tersedianya peralatan khusus dan/ atau implant yang diperlukan tindakan operasi 12. Melakukan verifikasi pada pasien dan atau keluarga bahwa mereka telah memahami dan mengetahui lokasi yang akan dilakukan operasi 13. Ucapkan terimakasih, dan semoga semuanya dapat berjalan dengan baik
EVALUATION (E)	14. Evaluasi respon subjektif dan objektif klien 15. Berikan reinforcement positif 16. Tentukan rencana tindak lanjut 17. Beri salam terapeutik
DOKUMENTASI	18. Catat hasil tindakan memberikan obat high alert
SIKAP	19. Dilakukan dengan sistematis 20. Percaya diri
SUMBER PUSTAKA	1. Endriani, S. (2012) Panduan identifikasi pasien. https://www.academia.edu/keypass/ PANDUAN_IDENTIFIKASI_PASIEN . Diperoleh 14 Agustus 2017. 2. Hasri, E. T. (2015). Peningkatan Keamanan High-Alert Medication. https://www.mutupelayanankesehatan.net/index.php/component/content/article/1680https://www.mutupelayanankesehatan.net/index.php/component/content/artic le/1680 3. Kementerian Ristekdikti. (2015). Modul pelatihan untuk pelatih keselamatan pasien. http://fk.ui.ac.id/uncategorized/e-book-modul-pelatihan-untuk-pelatih-keselamatan-pasien.html 4. Nurdiana dan Sulistyani, D. Ed. (2016). Buku saku keperawatan. Jakarta: Bidang Keperawatan RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo 5. NHS Foundation Trust. (2015). Patient Identification Policy. .http://www.southernhealth.nhs.uk/_resources/assets/inline/full/0/71283.pdf 6. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien.

4. Tugas

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

- 1. Lakukanlah prosedur tindakan penandaan area tubuh pasien yang akan dilakukan operasi.
- 2. Demonstrasikan prosedur verifikasi seluruh identifikasi pasien dan kelengkapan berkas penunjang sebelum dilakukan tindakan operasi.
- 3. Anda dapat menggunakan Formulir 4.1 untuk melakukan prosedur penandaan area tubuh pasien yang akan dilakukan operasi, dan formulir 4.2 untuk melakukan verifikasi sebelum operasi.

5. Lembar Tugas

Formulir 4.1 PENILAIAN KETERAMPILAN
MEMASTIKAN LOKASI PEMBEDAHAN YANG BENAR,
PROSEDUR YANG BENAR, PEMBEDAHAN PADA PASIEN YANG BENAR

SOP	MEMASTIKAN LOKASI PEMBEDAHAN YANG BENAR, PROSEDUR YANG BENAR, PEMBEDAHAN PADA PASIEN YANG BENAR	Dilakukan	
		Ya	Tidak
ASSESSMENT (A)	1. Kaji identitas dan status/ dokumen rekam medik pasien		
PLANNING (P)	2. Persiapan perawat 3. Persiapan alat: 4. Persiapan Lingkungan 5. Bina hubungan saling percaya: Ucapkan salam; Perkenalkan diri perawat (Nama, jabatan, tempat tugas, jam tugas); 6. Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 7. Kontrak: waktu dan tempat		
IMPLEMENTATION (I)	8. Pastikan identitas pasien pada gelang pasien, tanyakan nama, tempat tanggal lahir, no RM 9. Jelaskan materi tentang penandaan lokasi operasi pada pasien dan atau keluarga pasien 10. Berikan tanda lokasi operasi dengan tanda yang tidak mudah luntur dan mudah dikenali 11. Melibatkan pasien saat dilakukan penandaan lokasi operasi tersebut 12. Lakukan verifikasi pada pasien dan atau keluarga bahwa mereka telah memahami dan mengetahui lokasi yang akan dilakukan operasi 13. Ucapkan terimakasih, dan semoga semuanya dapat berjalan dengan baik.		
EVALUATION (E)	14. Evaluasi respon subjektif dan objektif klien 15. Berikan reinforcement positif 16. Tentukan rencana tindak lanjut 17. Beri salam terapeutik		
Dokumentasi	18. Catat hasil tindakan memberikan obat <i>high alert</i>		

SIKAP	19. Dilakukan Sistematis		
	20. Percaya diri		
	Jumlah Nilai		
Keterangan	0 = Tidak dilakukan		
	1 = dilakukan tetapi tidak sempurna		
	2 = dilakukan dengan sempurna		
	Nilai 100 = Sempurna		
	Nilai 81-99 = Baik		
	Jumlah Nilai Nilai = $\frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100 = \dots\dots\dots$	Penilai 	

Formulir 4.2. PENILAIAN KETERAMPILAN:
MELAKUKAN VERIFIKASI SEBELUM OPERASI UNTUK
MEMASTIKAN PEMBEDAHAN YANG BENAR (LOKASI, PROSEDUR, PASIEN)

SOP	MELAKUKAN VERIFIKASI SEBELUM OPERASI UNTUK MEMASTIKAN PEMBEDAHAN YANG BENAR (LOKASI, PROSEDUR, PASIEN)		
	PENILAIAN	Dilakukan	
		Ya	Tidak
ASSESSMENT (A)	1. Kaji identitas dan status/ dokumen rekam medik pasien		
PLANNINGT (P)	2. Persiapan perawat 3. Persiapan alat: 4. Persiapan Lingkungan 5. Bina hubungan saling percaya: Ucapkan salam; Perkenalkan diri perawat (Nama, jabatan, tempat tugas, jam tugas); 6. Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 7. Kontrak: waktu dan tempat		
IMPLEMENTATION (I)	8. Melakukan identifikasi identitas pasien pada gelang pasien, tanyakan nama, tempat tanggal lahir, no RM 9. Jelaskan tentang tindakan verifikasi yang dilakukan sebelum operasi Menggunakan check-list: 10. Melakukan verifikasi semua dokumen, gambar atau citra, penyelidikan yang relevam telah tersedia, sudah diberi label & ditampilkan, 11. Melakukan verifikasi memastikan tersedianya peralatan khusus dan/ atau implant yang diperlukan tindakan operasi 12. Melakukan verifikasi pada pasien dan atau keluarga bahwa mereka telah memahami dan mengetahui lokasi yang akan dilakukan operasi 13. Ucapkan terimakasih, dan semoga semuanya dapat berjalan dengan baik		

EVALUATION (E)	14. Evaluasi respon subjektif dan objektif klien 15. Berikan reinforcement positif 16. Tentukan rencana tindak lanjut 17. Beri salam terapeutik		
Dokumentasi	18. Catat hasil tindakan memberikan obat high alert		
SIKAP	19. Dilakukan dengan sistematis 20. Percaya diri		
	Jumlah Nilai		
Keterangan	0 = Tidak dilakukan 1 = dilakukan tetapi tidak sempurna 2 = dilakukan dengan sempurna Nilai 100 = Sempurna Nilai 81-99 = Baik		
	Jumlah Nilai Nilai = $\frac{\text{Jumlah Nilai}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100 = \dots\dots\dots$	Penilai 	

1.5 Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 disebutkan bahwa pokok dari eliminasi infeksi adalah cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pelaksanaan Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan bertujuan untuk melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung yang menerima pelayanan kesehatan serta masyarakat dalam lingkungannya dengan cara memutus siklus penularan penyakit infeksi melalui kewaspadaan standar dan berdasarkan transmisi. Setelah mempelajari topik ini, diharapkan Anda mampu melakukan/ mempraktikkan:

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

1. Kebersihan Tangan/ Mencuci Tangan

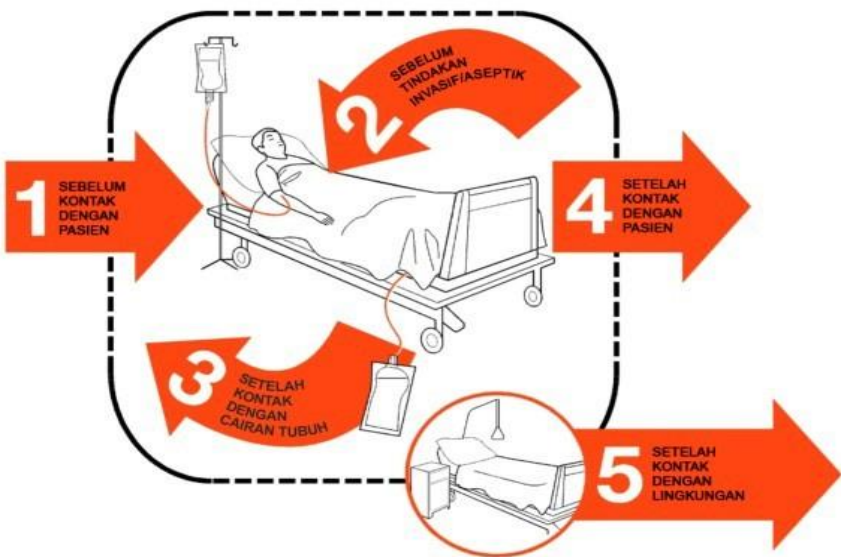
Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (*alcohol-based handrubs*) bila tangan tidak tampak kotor. Kuku petugas harus selalu bersih dan terpotong pendek, tanpa kuku palsu, tanpa memakai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

a. Tujuan

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

b. Lima momen Cuci tangan/ Indikasi

- 1) Sebelum kontak dengan pasien.
- 2) Sebelum tindakan aseptik
- 3) Setelah kontak cairan tubuh pasien.
- 4) Setelah kontak dengan pasien
- 5) Setelah kontak dengan lingkungan pasien.



Gambar 1.2 Lima momen cuci tangan

c. Prinsip dan langkah cuci tangan

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

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

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

- 1) Tuang cairan handrub pada telapak tangan kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut dengan arah memutar



- 2) Usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian



- 3) Gosok sela-sela jari tangan hingga bersih



- 4) Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan posisi saling mengunci



- 5) Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian

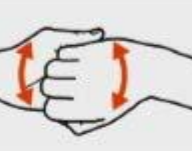


6) Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan



Cara mencuci tangan dapat dengan menggosokkan saja menggunakan larutan antiseptik berbasis alkohol, atau dengan mencuci menggunakan air dan sabun antiseptik.

 **Lama waktu yang dibutuhkan: 40-60 detik**

0  Basahi tangan dengan air bersih yang mengalir	1  Tuangkan sabun cair 3-5 cc, untuk menyabuni seluruh permukaan tangan sebatas pergelangan	2  Gosok kedua telapak tangan hingga merata
3  Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan tangan kanan dan sebaliknya	4  Gosok kedua telapak dan sela-sela jari	5  Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci
6  Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggaman tangan kanan dan sebaliknya	7  Gosok dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan ditelapak tangan kiri dan sebaliknya	8  Bilas kedua tangan dengan air mengalir
9  Keringkan dengan handuk/kertas tisu sekali pakai	10  Gunakan handuk / kertas tisu tersebut untuk menutup keran dan buang ke tempat sampah dengan benar	11  Sekarang tangan anda sudah bersih

Gambar 1.3 Cara Kebersihan tangan dengan Sabun dan Air

CARA MENCUCI TANGAN DENGAN ANTISEPTIK BERBASIS ALKOHOL



Lama waktu yang dibutuhkan: **20-30 detik**



Gambar 1.4 Cara Kebersihan Tangan dengan Antiseptik Berbasis Alkohol

2. Alat Pelindung Diri (APD)

APD akan dibahas lebih lanjut di Bab II.

3. Pelaksanaan Praktikum

1) Tugas

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

1. Lakukanlah prosedur mencuci tangan dengan air & sabun dan dengan *hand-rub*

2) Lembar Tugas

Untuk berlatih keterampilan melakukan prosedur pengurangan risiko infeksi karena pelayanan kesehatan

- a. Bacalah prosedur/ langkah-langkah tindakan dari masing-masing tindakan
- b. Cobalah Anda melakukan sendiri dengan panduan formulir 5.1. – 5.5
- b. Setelah Anda yakin dapat melakukan tanpa melihat Formulir penilaian, mintalah teman/ Instruktur untuk mengobservasi dan menilai penampilan kerja Anda.

- c. Berlatihlah sampai Nilai Anda = 100 atau sempurna, baru lanjutkan ke prosedur lainnya. h. Selamat latihan

**Formulir 5.1 PENILAIAN KETERAMPILAN
MENCUCI TANGAN DENGAN AIR DAN SABUN**

SOP	MENCUCI TANGAN DENGAN AIR DAN SABUN		
	PENILAIAN	Dilakukan	
		Ya	Tidak
ASSESSMENT (A)	1. Periksa tangan dan jari perawat terhadap luka terpotong/abrasi		
PLANNINGT (P)	2. Persiapan alat: ▪ Bak cuci tangan dengan air kran yang mengalir ▪ Sabun antiseptik ▪ Tisu sekali pakai Persiapan Perawat: 3. Lepaskan jam tangan atau perhiasan yang menempel (misalnya cincin). Yakinkan kuku dalam keadaan bersih dan pendek 4. Gulung bagian lengan baju sampai di atas siku 5. Berdiri di depan bak cuci tangan. Tangan dan baju jangan menempel di sisi bak cuci tangan		
IMPLEMENTATION (I)	6. Hidupkan air dan basuh tangan dengan air. Hindari cipratan air mengenai baju perawat. Posisi pergelangan tangan selalu lebih rendah di bawah siku pada saat mencuci tangan 7. Tuangkan sabun antiseptic secukupnya (kurang lebih 1-3 cc) 8. Ratakan dengan kedua tangan 9. Gosok punggung dan sela-sela jari tangan kiri dengan menggunakan tangan kanan, dan sebaliknya 10. Gosok kedua telapak dan sela-sela jari 11. Jari-jari sisi dalam dari kedua tangan saling mengunci 12. Gosok ibu jari kiri berputar dalam genggamannya tangan kanan, dan lakukan sebaliknya 13. Gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya 14. Bilas kedua tangan dengan air 15. Keringkan dengan tisu sampai tangan benar-benar kering 16. Gunakan tisu yang sudah dipakai untuk melapisi pada saat menutup kran. Tangan perawat kini sudah bersih 17. Buang tisu di tempat sampah		
EVALUATION (E)	18. Evaluasi terhadap kebersihan tangan dan kontak terhadap objek lain.		
SIKAP	19. Melakukan tindakan dengan sistematis		

Keterangan	0 = Tidak dilakukan 1 = dilakukan tetapi tidak sempurna 2 = dilakukan dengan sempurna Nilai 100 = Sempurna Nilai 81-99 = Baik ≤80 = Kurang/ TL		
	Jumlah Nilai Ya Nilai = _____ x 100 = Skor Maksimal	Penilai 	

Formulir 5.3 PENILAIAN KETERAMPILAN:
MEMAKAI DAN MELEPASKAN SARUNG TANGAN BERSIH UNTUK MERAUAT PASIEN

SOP	MEMAKAI DAN MELEPASKAN APD (MASKER) UNTUK MERAUAT PASIEN		
	PENILAIAN	Dilakukan	
		Ya	Tidak
ASSESSMENT (A)	1. Kaji indikasi pemakaian dan pelepasan sarung tangan		
PLANNINGT (P)	Persiapan alat: 2. Sarung tangan bersih 3. Bengkok 4. Sabun dan air mengalir/ hand rub 5. Handuk/ tissu Persiapan Perawat: 6. Kuku pendek dan bersih		
IMPLEMENTATION (I)	Memakai sarung tangan: 7. Cuci tangan dan keringkan 8. Pasang sarung tangan Melepas sarung tangan: 9. Pegang bagian luar sarung tangan dengan sarung tangan lainnya, kemudian lepaskan. 10. Pegang sarung tangan yang telah dilepas dengan menggunakan tangan yang masih memakai sarung tangan. 11. Selipkan jari tangan yang sudah tidak memakai sarung tangan di bawah sarung tangan yang belum dilepas di pergelangan tangan. 12. Lepaskan sarung tangan di atas sarung tangan pertama dan buang sarung tangan di tempat limbah infeksius. 13. Cuci tangan dan keringkan		
EVALUATION (E)	14. Evaluasi ketepatan pemakaian sarung tangan		
SIKAP	15. Melakukan tindakan dengan sistematis		

	16. Percaya diri		
	Jumlah Nilai		
Keterangan	0 = Tidak dilakukan 1 = dilakukan tetapi tidak sempurna 2 = dilakukan dengan sempurna Nilai 100 = Sempurna Nilai 81-99 = Baik ≤80 = Kurang/ TL		
	Jumlah Nilai Ya Nilai = $\frac{\text{Jumlah Nilai Ya}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100 = \dots\dots\dots$	Penilai 	

Formulir 5.4 PENILAIAN KETERAMPILAN:
MEMAKAI DAN MELEPASKAN GAUN CELEMEK UNTUK MERAWAT PASIEN

SOP	MEMAKAI DAN MELEPASKAN GAUN CELEMEK UNTUK MERAWAT PASIEN		
	PENILAIAN	Dilakukan	
		Ya	Tidak
ASSESSMENT (A)	1. Kaji indikasi pemakaian dan pelepasan gaun celemek		
PLANNINGT (P)	Persiapan alat: 2. Gaun celemek dalam tempatnya 3. Bengkok 4. Sabun dan air mengalir (hands rub) 5. Handuk/ tissu Persiapan Perawat: 6. Rambut rapih		
IMPLEMENTATION (I)	Memakai gaun celemek: 7. Cuci tangan dan keringkan 8. Gunakan celemek sampai menutupi pakaian Anda 9. Ikatkan tali gaun pada bagian posterior leher kepala, dada, dan pinggul 10. Cuci tangan Melepaskan gaun celemek: 11. Cuci tangan dan keringkan 12. Lepaskan/buka ikatan celemek 13. Biarkan gaun jatuh ke arah depan dari arah bahu Anda tapi jangan sampai jatuh ke lantai. 14. Cuci tangan dan keringkan		
EVALUATION (E)	15. Evaluasi ketepatan pemakaian gaun celemek		
SIKAP	16. Melakukan tindakan dengan sistematis 17. Percaya diri		
	Jumlah Nilai		
Keterangan	0 = Tidak dilakukan 1 = dilakukan tetapi tidak sempurna 2 = dilakukan dengan sempurna Nilai 100 = Sempurna Nilai 81-99 = Baik		

	≤80 = Kurang/ TL		
	Jumlah Nilai Ya Nilai = $\frac{\text{Jumlah Nilai Ya}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100 = \dots\dots\dots$ Skor Maksimal	Penilai 	

1.6 Menurunkan Risiko Pasien Cidera Akibat Jatuh

1. Tujuan

Mahasiswa mampu melakukan tindakan identifikasi pasien dengan benar
Untuk mencapai tujuan tersebut, mahasiswa harus mampu mendemonstrasikan:

1. Tindakan penilaian risiko jatuh pada pasien lansia
2. Tindakan penilaian risiko jatuh pada pasien dewasa
3. Tindakan penilaian risiko jatuh pada pasien anak
4. Tindakan penilaian risiko jatuh di unit rawat jalan atau IGD

2. Konsep

1. Tujuan menurunkan risiko pasien cedera akibat jatuh

- a. Mencegah kejadian pasien cedera akibat jatuh.
- b. Meningkatkan kewaspadaan petugas kesehatan dalam pencegahan pasien jatuh.
- c. Memberikan edukasi kepada klien dan keluarga yang memiliki risiko pasien jatuh.

2. Kebijakan/ prosedur untuk mengidentifikasi pasien

- a. Pengkajian risiko jatuh
- b. Gelang identifikasi risiko jatuh berwarna kuning
- c. Pemasangan Segitiga jatuh pada *brancard*
- d. Edukasi pencegahan jatuh : Pemberian brosur risiko jatuh kepada keluarga
Edukasi pencegahan jatuh dilakukan pada semua pasien baik pasien berisiko jatuh maupun pasien yang tidak berisiko jatuh. Jelaskan kepada pasien dan keluarga, tentang:
 - 1) Tujuan pemakaian gelang identifikasi risiko jatuh, dan mengapa mereka harus menggunakan.
 - 2) Hal ini memberikan kesempatan bagi mereka untuk mengidentifikasi kesalahan dan mendorong pasien dan keluarga mereka untuk berpartisipasi dalam upaya mencegah jatuh.
 - 3) Jelaskan bahaya untuk pasien yang menolak, melepas, menutup gelang dengantape perban, dll

3. Identifikasi risiko pasien jatuh wajib dilakukan pada saat

- a. Pengkajian awal kepada pasien (saat pasien masuk RS)
- b. Sebelum melakukan transportasi pasien
- c. Terjadi perubahan kondisi/ pengobatan yang dapat mempengaruhi penilaian jatuh

4. Petugas pelaku identifikasi risiko pasien jatuh: Dokter, Perawat

5. Tatalaksana Menurunkan Risiko Pasien Cedera Akibat Jatuh

a. Tatalaksana Penilaian dan Intervensi Risiko Jatuh

1) *Get Up and Go Test*

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

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

Tingkat Risiko :

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

c) Intervensi

- Intervensi Jatuh Risiko Rendah: Edukasi jatuh pada pasien dan keluarga dengan memberikan brosur
- Intervensi Jatuh Risiko Tinggi di Unit Rawat Jalan
 - Edukasi jatuh denganmemberikan brosur Edukasi MencegahJatuh kepada pasien dan keluarganya
 - Memasang pitakuning pada tanganpasien.
 - Jelaskan pada pasien dan keluarga tujuan pemasangan pita. Jelaskan kepada pasien dan keluarga untuk melepaspita kuning setelah ke luar dari areaRS, kemudian sisimpan bersama brosu edukasi jatuh dan kartu kontrol untuk dibawa setiap kali kontrol ke RS.
- Intervensi Jatuh Risiko Tinggi di IGD
 - Memberikan brosur risiko jatuh kepada pasien dan keluarga
 - Memasang pitakuning pada tanganpasien. Saat di ruang emergent/ urgent dilakukan penilaian ulang tiap shift, kemudkemudian pita risiko diganti dengan klip risiko warna kuning.
 - Memasang segitiga jatuh di brancard/ tempat tidur pasien

2) **Fall Morse Scale**

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

No.	Risiko	Skala	Skor
1.	Riwayat jatuh yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak: 0 Ya: 25	
2.	Diagnosis Medis Sekunder >1	Tidak: 0 Ya: 15	
3.	Menggunakan alat bantu jalan: ○ Bed rest/ dibantu perawat ○ Penopang/ tongkat/ walker ○ Furnitur	0 15 30	
4.	Menggunakan infus	Tidak: 0 Ya: 25	
5.	Cara berjalan/ berpindah: ○ Normal/ Bed rest/ imobilisasi	0	

	- o Lemah - o Terganggu	15 30	
6.	Status mental: - o Orientasi sesuai kemampuan diri - o Lupa keterbatasan diri	0 15	
Jumlah Skor			

Tingkat Risiko :

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

c) Intervensi :

(1) Intervensi Jatuh Standar untuk Risiko Rendah :

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

(2) Intervensi Jatuh Risiko Tinggi

- Pasang pitakuning atau klip risiko jatuh pada pasien.
- Pasang tanda peringatan risiko jatuh kuning pada tempat tidur pasien
- Lakukan intervensi jatuh standar
- Strategi mencegah jatuh dengan penilaian jatuh yang lebih detail seperti analisa cara berjalan
- Tempatkan pasien di dekat nursestation
- Pastikan handrali kokoh dan mudah dijangkau oleh pasien
- Siapkan alat bantu jalan
- Gunakan karpet anti slip/ tidak liciin di lantai kamar mandi
- Dampingi pasien bila ke kamar mandi/toilet, jangan tinggalkan sendirian di kamar mandi/toilet, informasikan cara penggunaan bel di kamar mandi/toilet untuk memanggil perawat, pintu kamar mandi/toilet jangan dikunci
- Lakukan penilaian ulang risiko jatuh tiap shift

3) Skala Risiko Jauh pada Lanjut Usia

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

No.	Risiko	Skala	Skor
1.	Gangguan gaya berjalan (diseret, menghentak, berayun)	4	
2.	Pusing/ pingsan pada posisi tegak	3	
3.	Kebingungan setiap saat	3	

4.	Nokturia/ inkontinen	3	
5.	Kebingungan intermiten	2	
6.	Kelemahan umum	2	
7.	Obat-obat berisiko tinggi (diuretik, narkotik, sedatif, anti psikotik, laksatif, vasodilator, antiaritmia, anti hipertensi, obat hipoglikemik, antidepresan, neuroleptik, NSAID)	2	
8.	Riwayat jatuh dalam waktu 12 bulan sebelumnya	2	
9.	Osteoporosis	1	
10.	Gangguan pendengaran dan/atau penglihatan	1	
11.	Usia 70 tahun keatas	1	
Jumlah Skor			

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

c) Intervensi :

(1) Intervensi Jatuh Risiko Rendah :

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

(2) Intervensi Jatuh Risiko Tinggi

- Pasang pita kuning atau klip risiko jatuh pada pasien.
- Pasang tanda peringatan risiko jatuh kuning pada tempat tidur pasien
- Mengkomunikasikan risiko jatuh pasien kepada Dokter Penanggung jawab Praktik (DPJP)
- Mengkomunikasikan risiko jatuh pasien kepada pasien dan/atau keluarga serta memberikan brosur edukasi pencegahan jatuh
- Motivasi keluarga untuk berpartisipasi dalam upaya pencegahan pasien jatuh
- Tempatkan pasien di dekat nursestation
- Monitor kebutuhan pasien secara berkala (minimal tiap 2 jam), jadwalkan ke toilet secara teratur.
- Pastikan handrail kokoh dan mudah dijangkau oleh pasien
- Siapkan di dekat tempat tidur pasien : alat bantu jalan/ fasilitasi kebutuhan pasien
- Anjurkan kepada pasien untuk menggunakan walker untuk membantu stabilitas berjalan
- Gunakan karpet anti slip/ tidak licin di lantai kamar mandi, dan siapkan tempat duduk jika diperlukan
- Keselamatan lingkungan : hindari lingkungan yang kacau balau, dekatkan bel dan telepon, gunakan penerangan yang cukup pada malam hari, posisi tempat tidur rendah, terpasang penghalang tempat tidur/ side rail, roda tempat tidur harus selalu terkunci.

- Dampingi pasien bila ke kamar mandi/toilet, jangan tinggalkan sendirian di kamar mandi/toilet, informasikan cara penggunaan bel di kamar mandi/toilet untuk memanggil perawat, pintu kamar mandi/toilet jangan dikunci
- Pakaikan kaus kaki atau alas kaki yang tidak licin untuk pasien
- Kolaborasi dengan :
 Farmasi klinik untuk kemungkinan interaksi obat
 Rehabilitasi medik untuk masalah mobilitas atau aktivitas harian yang baru
- Berikan edukasi mengenai perilaku yang lebih aman saat jatuh atau proses transportasi/ transfer pasien

4) **Humpty Dumty Scale**

- a) Dilakukan pada pasien anak (usia 0-18 tahun) di ruang Rawat Inap
- b) Penilaian Risiko Jatuh Pasien anak: *Humpty Dumty Scale*

No.	Parameter	Risiko	Skala	Skor
1.	Umur	- o Di bawah 3 tahun - o 3-7 tahun - o 7-13 tahun - o >13 tahun	4 3 2 1	
2.	Jenis Kelamin	- o Laki-laki - o Perempuan	2 1	
3.	Diagnosis	- o Kelainan neurologi - o Perubahan dalam oksigenasi (masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop/ sakit kepala, dll) - o Kelainan psikis/ perilaku - o Diagnosis lain	4 3 2 1	
4.	Gangguan Kognitif	- o Tidak sadar terhadap keterbatasan (Gangguan kesadaran, retardasi mental) - o Lupa keterbatasan (Anak-anak yang hiperaktif) - o Mengetahui kemampuan diri	3 2 1	
5.	Faktor lingkungan	- o Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi-anak - o Pasien menggunakan alat bantu/ box/ furnitur - o Pasien berada di tempat tidur - o Di luar area pasien	2 3 2 1	
6.	Respon terhadap pembedahan/ sedasi/ anestesi	- o Dalam 24 jam - o Dalam 48 jam - o >48 jam	3 2 1	
7.	Penggunaan obat	o Berbagai macam obat yg digunakan: sedatif (kecuali pasien ICU yg menggunakan sedasi dan paralisis), hipnotik, Barbiturat, Fenotiazin,	3	

		Anti-depresan, Laksans/ diuretika, Narkotik	2	
		o Salah satu dari pengobatan di atas	1	
		o Pengobatan lain		
Jumlah Skor				

Keterangan:

Skor minimal : 7

Skor maksimal : 23

Tingkat Risiko:

Risiko Rendah : skor 7-11

Risiko Tinggi : skor > 12

c) Intervensi :

(1) Intervensi Jatuh Standar Risiko Rendah :

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

(2) Intervensi Jatuh Standar Risiko Tinggi :

- Pasang pitakuning atau klip risiko jatuh pada pasien.
- Pasang tanda peringatan risiko jatuh kuning pada tempat tidur pasien
- Lakukan penilaian ulang tiap shift
- Tempatkan pasien di dekat nursestation
- Temani pasien saat mobilisasi, atau libatkan keluarga untuk mendampingi pasien
- Libatkan keluarga dalam membantu pasien melakukan aktivitas sehari-hari
- Gunakan tempat tidur yang sesuai dengan tingkat perkembangan pasien.
- Atur ketinggian tempat tidur sesuai perkembangan pasien, sebaiknya cukup rendah.
- Pastikan handrail kokoh dan mudah dijangkau oleh pasien

5) Perubahan Kondisi/ Pengobatan yang dapat mempengaruhi Penilaian Jatuh

- Penurunan kesadaran
- Pasien pasca jatuh
- Penambahan obat-obat: Hipnotik, Barbiturat, Fenotiazin, Psikotropik, Anti-Depresan, Diuretik, Narkotik, Vasodilator, Antiaritmia, Antihipertensi, Obat Hipoglikemik, Antiparkinsonian, Vestibular Supresan, Antikonvulsan, Sedatif, Analgesik, dan Obat Tetes Mata.

6) Pasien yang langsung ditetapkan mempunyai Risiko Tinggi Jatuh

- Pasien usia <12

- b) Pasien di ruang perawatan intensif
- c) Pasien pasca operasi operasi dan prosedur invasif selama dalam pengaruh sedasi
- d) Pasien pasca prosedur mata

b. Tata laksana pasien yang langsung dinyatakan Risiko Tinggi Jatuh

- 1) Pasien anak usia <12 tahun :
 - a) Rawat Jalan: tidak dipakaikan pita kuning atau diberikan brosur Edukasi Mencegah Jatuh, sehingga semua petugas harus waspada terhadap risiko jatuh pasien usia <12 tahun
 - b) IGD: tidak dipakaikan pita kuning atau diberikan brosur Edukasi Mencegah Jatuh, sehingga semua petugas harus waspada terhadap risiko jatuh pasien usia <12 tahun, setelah pasien masuk kriteria rawat inap, maka pasien dipasang gelang/klip risiko jatuh, segituga jatuh di brankard pasien dan keluarga diedukasi pencegahan jatuh, kemudian didokumentasikan
 - c) Unit perinatologi: bayi tidak dipasang gelang/klip risiko jatuh, tetapi dipasang segituga jatuh di inkubator
- 2) Pasien di ruang rawat intensif: ditatalaksana dengan memasang gelang/ klip risiko jatuh, segituga jatuh, dan memastikan siderail tempat tidur selalu terpasang
 - a) Pasien pasca operasi dan prosedur invasif □ dipasang gelang atau klip risiko jatuh di ruang pemulihan kamar operasi atau kamar tindakan. Tatalaksana selanjutnya dilakukan di ruang rawat inap
 - b) Pasien pasca prosedur mata □ dipasang gelang atau klip risiko jatuh di ruang prosedur mata

c. Tatalaksana Pemakaian Gelang Pasien Risiko Jatuh

- 1) Semua pasien harus diidentifikasi tingkat risiko jatuhnya dengan benar pada saat pasien masuk RS, sebelum melakukan transportasi pasien, dan saat terjadi perubahan kondisi/ pengobatan yang dapat mempengaruhi penilaian jatuh.
- 2) Pakaikan gelang risiko jatuh di pergelangan tangan pasien yang dominan, jelaskan dan pastikan gelang terpasang dengan baik dan nyaman untuk pasien.
- 3) Pada pasien dengan fistula arterio-vena (pasien hemodialisis), gelang identifikasi risiko jatuh tidak boleh dipasang di sisi lengan yang terdapat fistula.
- 4) Jika tidak dapat dipakaikan di pergelangan tangan, pakaikan di pergelangan kaki. Pada situasi dimana tidak dapat dipasang di pergelangan kaki, gelang risiko jatuh dapat dipakaikan di baju pasien di area yang jelas terlihat. Gelang risiko jatuh harus dipasang ulang jika baju pasien diganti dan harus selalu menyertai pasien sepanjang waktu.
- 5) Pada kondisi tidak memakai baju, gelang risiko jatuh harus menempel pada badan pasien dengan menggunakan perekat transparan/tembus pandang. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien.
- 6) Gelang risiko jatuh hanya boleh dilepas apabila pasien sudah tidak berisiko jatuh.
- 7) Gelang identifikasi Risiko Jatuh sebaiknya mencakup 4 detail wajib yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu:
 - a) Nama pasien
 - b) Umur Pasien
 - c) Nomor rekam medis pasien
 - d) Tingkat Risiko Jatuh
- 8) Nama tidak boleh disingkat. Nama harus sesuai dengan yang tertulis di rekam medis.
- 9) Jangan pernah mencoret dan menulis ulang di gelang identifikasi risiko jatuh. Ganti gelang identifikasi risiko jatuh jika terdapat kesalahan penulisan data.

- 10) Jika gelang identifikasi risiko jatuh terlepas, segera berikan gelang identifikasi risiko jatuh yang baru.
- 11) Periksa ulang detail data di gelang identifikasi risiko jatuh sebelum dipakaikan ke pasien.
- 12) Pengecekan gelang identifikasi risiko jatuh dilakukan tiap kali pergantian jaga perawat.
- 13) Sebelum pasien ditransfer ke unit lain, lakukan identifikasi dengan benar dan pastikan gelang identifikasi risiko jatuh terpasang dengan baik.
- 14) Unit yang menerima transfer pasien harus menanyakan ulang identitas pasien dan membandingkan data yang diperoleh dengan yang tercantum di gelang identifikasi.
- 15) Pada kasus pasien yang tidak menggunakan gelang risiko jatuh:
 - a) Hal ini dapat dikarenakan berbagai macam sebab, seperti:
 - Menolak penggunaan gelang risiko jatuh
 - Gelang risiko jatuh menyebabkan iritasi kulit
 - Gelang risiko jatuh terlalu besar
 - Pasien melepas gelang risiko jatuh
 - b) Pasien harus diinformasikan akan risiko yang dapat terjadi jika gelang risiko jatuh tidak dipakai. Alasan pasien harus dicatat pada rekam medis.
 - c) Jika pasien menolak menggunakan gelang risiko jatuh, petugas harus lebih waspada dan mencari cara lain untuk mengidentifikasi pasien risiko jatuh dengan benar.

d. Melepas Gelang Risiko Jatuh

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



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

PENILAIAN KETERAMPILAN

MELAKUKAN TINDAKAN PENCEGAHAN PASIEN RISIKO JATUH

SOP	MELAKUKAN TINDAKAN PENCEGAHAN PASIEN RISIKO JATUH			
	PENILAIAN	Nilai		
		0	1	2
ASSESSMENT (A)	1. Kaji indikasi tindakan pencegahan pasien risiko jatuh			
PLANNINGT (P)	Persiapan alat: 2. Formulir penilaian risiko jatuh 3. Alat tulis 4. Gelang atau klip risiko jatuh 5. Segitiga jatuh 6. Brosur pencegahan risiko jatuh Persiapan Perawat Persiapan Lingkungan: Persiapan pasien (bina hubungan saling percaya): 7. Beri salam sambil berjabat tangan 8. Perkenalkan diri perawat 9. Tanyakan nama klien 10. Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 11. Kontrak: waktu dan tempat			
IMPLEMENTATION (I)	12. Lakukan penilaian risiko jatuh menggunakan instrument yang sesuai (berdasarkan tempat pengkajian dan kondisi pasien) 13. Lakukan penilaian secara sistimatis 14. Lakukan intervensi untuk mencegah pasien cidera akibat jatuh jika hasil penilaian menunjukkan pasien risiko jatuh ringan atau sedang			
EVALUATION (E)	15. Evaluasi respon subjektif & objektif klien 16. Berikan reinforcement positif 17. Tentukan rencana tindak lanjut 18. Beri salam			
DOKUMENTASI	19. Hasil penilaian risiko jatuh 20. Tindakan yang sudah dilakukan: pemasangan gelang/ klip risiko jatuh 21. Segitiga jatuh, edukasi			
SIKAP	22. Melakukan tindakan dengan sistematis 23. Percaya diri			
	Jumlah Nilai			
Keterangan	0 = Tidak dilakukan 1 = dilakukan tetapi tidak sempurna 2 = dilakukan dengan sempurna Nilai 100 = Sempurna Nilai 81-99 = Baik ≤80 = Kurang/ TL			
	Jumlah Nilai Ya	Penilai		

	Nilai = _____ x 100 = Skor Maksimal	
--	--	-------

Latihan

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

Skenario 1:

Anda bertugas di Ruang Perawatan suatu RS. Anda diberi tugas oleh Ketua Tim Asuhan keperawatan untuk merawat 5 orang pasien yang berada di kamar 203 dan kamar 204. Ny. W berumur 72 tahun dengan diagnosa medis STEMI anterior post primary PCI 2 hari yang lalu. Keadaan umum stabil dengan kesadaran CM. Klien pernah jatuh sebanyak2 kali dalam 6 bulan terakhir & memiliki gangguan penglihatan (katarak). Saat ini klien mendapatkan pengobatan anti hipertensi, anti aritmia, dan vasodilator.
 Lakukan penilaian risiko jatuh untuk pasien Ny. W dan berikan intervensi berdasarkan hasil penilaian risiko jatuh.

Petunjuk Jawaban Latihan

- a. Pada skenario 1, Anda terlebih dahulu menentukan instrumen penilaian risiko jatuh yang sesuai untuk menilai pasien.
- Pasien Ny. W berumur 72 tahun, maka instrument yang dipilih dan digunakan adalah instrument penilaian risiko jatuh Pasien Geriatri.
- b. Selanjutnya Anda lakukan penilaian risiko jatuh menggunakan instrumen yang sesuai.
- Hasil penilaian risiko jatuh pada N y. W, adalah sebagai berikut:

FORMAT PENILAIAN RISIKO JATUH PASIEN GERIATRI

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

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

.....

.....

.....

.....

- [illegible]

PENILAIAN KETERAMPILAN

MELAKUKAN TINDAKAN PENCEGAHAN PASIEN RISIKO JATUH

SOP	MELAKUKAN TINDAKAN PENCEGAHAN PASIEN RISIKO JATUH			
	PENILAIAN	Nilai		
		0	1	2
ASSESSMENT (A)	1. Kaji indikasi tindakan pencegahan pasien risiko jatuh			
PLANNINGT (P)	Persiapan alat: 24. Formulir penilaian risiko jatuh 25. Alat tulis 26. Gelang atau klip risiko jatuh 27. Segitiga jatuh 28. Brosur pencegahan risiko jatuh Persiapan Perawat Persiapan Lingkungan: Persiapan pasien (bina hubungan saling percaya): 29. Beri salam sambil berjabat tangan 30. Perkenalkan diri perawat 31. Tanyakan nama klien 32. Sampaikan tujuan dan prosedur yang akan dilakukan 33. Kontrak: waktu dan tempat			
IMPLEMENTATION (I)	34. Lakukan penilaian risiko jatuh menggunakan instrument yang sesuai (berdasarkan tempat pengkajian dan kondisi pasien 35. Lakukan penilaian			

	secara sistimatis			
	36. Lakukan intervensi untuk mencegah pasien cedera akibat jatuh jika hasil penilaian menunjukkan pasien risiko jatuh ringan atau sedang			
EVALUATION (E)	37. Evaluasi respon subjektif & objektif klien 38. Berikan reinforcement positif 39. Tentukan rencana tindak lanjut 40. Beri salam			
DOKUMENTASI	41. Hasil penilaian risiko jatuh 42. Tindakan yang sudah dilakukan: pemasangan gelang/ klip risiko jatuh 43. Segitiga jatuh, edukasi			
SIKAP	44. Melakukan tindakan dengan sistematis 45. Percaya diri			
	Jumlah Nilai			
Keterangan	0 = Tidak dilakukan 1 = dilakukan tetapi tidak sempurna 2 = dilakukan dengan sempurna Nilai 100 = Sempurna Nilai 81-99 = Baik ≤80 = Kurang/ TL			
	Jumlah Nilai Ya Nilai = $\frac{\text{Jumlah Nilai Ya}}{\text{Skor Maksimal}} \times 100 = \dots\dots\dots$	Penilai 		

FORMULIR 2. PENILAIAN PASIEN RISIKO JATUH DI RAWAT JALAN DAN IGD

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

Tingkat Risiko :

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

**FORMULIR 3. PENILAIAN RISIKO JATUH PADA PASIEN DEWASA
(>18 TAHUN S.D. <60 TAHUN) DI RUANG RAWAT INAP (Fall Morse Scale)**

No.	Risiko	Skala	Skor
1.	Riwayat jatuh yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Tidak: 0 Ya: 25	
2.	Diagnosis Medis Sekunder >1	Tidak: 0 Ya: 15	
3.	Menggunakan alat bantu jalan: - o Bed rest/ dibantu perawat - o Penopang/ tongkat/ walker - o Furnitur	0 15 30	
4.	Menggunakan infus	Tidak: 0 Ya: 25	
5.	Cara berjalan/ berpindah: - o Normal/ Bed rest/ imobilisasi - o Lemah - o Terganggu	0 15 30	
6.	Status mental: - o Orientasi sesuai kemampuan diri - o Lupa keterbatasan diri	0 15	
Jumlah Skor			

FORMULIR 4. PENILAIAN RISIKO JATUH PASIEN ANAK (USIA 0-18 TAHUN)
DI RUANG RAWAT INAP (Humpty Dumpty Scale)

No.	Parameter	Risiko	Skala	Skor
1.	Umur	- Di bawah 3 tahun 3-7 tahun 7-13 tahun >13 tahun	4 3 2 1	
2.	Jenis Kelamin	- Laki-laki - Perempuan	2 1	
3.	Diagnosis	- Kelainan neurologi - Perubahan dalam oksigenasi (masalah saluran nafas, dehidrasi, anemia, anoreksia, sinkop/sakit kepala, dll) - Kelainan psikis/ perilaku - Diagnosis lain	4 3 2 1	
4.	Gangguan Kognitif	- Tidak sadar terhadap keterbatasan (Gangguan kesadaran, retardasi mental) - Lupa keterbatasan (Anak-anak yang hiperaktif) - Mengetahui kemampuan diri	3 2 1	
5.	Faktor lingkungan	- Riwayat jatuh dari tempat tidur saat bayi-anak - Pasien menggunakan alat bantu/ box/ furnitur - Pasien berada di tempat tidur - Di luar area pasien	2 3 2 1	
6.	Respon terhadap pembedahan/ sedasi/ anestesi	- Dalam 24 jam - Dalam 48 jam >48 jam	3 2 1	
7.	Penggunaan obat	- Bermacam-macam obat yg digunakan: sedatif (kecuali pasien ICU yg menggunakan sedasi dan paralisis), hipnotik, Barbiturat, Fenotiazin, Anti-depresan, Laksans/ diuretika, Narkotik - Salah satu dari pengobatan di atas - Pengobatan lain	3 2 1	
Jumlah Skor				

BAB II

KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA

2.1 Keselamatan dan Kesehatan Kerja Secara Umum

1. Pengertian

Keselamatan dan Kesehatan Kerja atau Hygiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja (Hyperkes) atau dalam istilah asing dikenal *Occupational Safety and Health* secara keilmuan adalah suatu ilmu pengetahuan dan penerapannya dalam usaha mencegah kemungkinan terjadinya kecelakaan dan penyakit akibat kerja. Kesehatan dan keselamatan Kerja (K3) tidak dapat dipisahkan dengan proses produksi baik jasa maupun industri.

Berdasarkan jalur masuk substansi, Ridley (2008) memberikan beberapa contoh tindakan pencegahan sederhana untuk mencegah masuknya substansi berbahaya ke dalam tubuh pekerja:

- a. Asupan makanan
 1. Dilarang makan di tempat kerja.
 2. Menjaga kebersihan diri dengan mencuci tangan sebelum makan.
 3. Dilarang merokok di tempat kerja.
- b. Hirupan pernafasan
 1. Menggunakan pelindung pernafasan yang sesuai untuk substansi-substansi tertentu.
 2. Menyediakan ventilasi keluar (*exhaust ventilation*).
 3. Ekstraksi uap dan debu.
- c. Penyerapan
 1. Menggunakan sarung tangan.
 2. Membersihkan area terkontaminasi dengan air sabun.
 3. Menggunakan krim pelindung kulit.
- d. Masukan langsung
 1. Mengobati seluruh luka dan sayatan.
 2. Menutupi seluruh luka dan sayatan ketika bekerja.

Menurut Sumamur (1967), bahaya adalah sesuatu yang berpotensi menyebabkan cedera atau luka, sedangkan risiko adalah kemungkinan kecelakaan akan terjadi dan dapat mengakibatkan kerusakan. Kecelakaan merupakan sebuah kejadian tak terduga yang dapat menyebabkan cedera atau kerusakan. Kecelakaan dapat terjadi akibat kelalaian dari perusahaan, pekerja, maupun keduanya, dan akibat yang ditimbulkan dapat memunculkan trauma bagi kedua pihak

2. Tujuan Keselamatan dan Kesehatan Kerja

- a. Melindungi tenaga kerja atas hak keselamatannya dalam melakukan pekerjaan untuk kesejahteraan hidup dan meningkatkan produksi dan produktivitas nasional.
- b. Menjamin keselamatan setiap orang lain yang berada di tempat kerja tersebut.
- c. Memelihara sumber produksi agar dapat digunakan secara aman dan efisien.

3. Fungsi dari kesehatan kerja sebagai berikut.

- a. Identifikasi dan melakukan penilaian terhadap risiko dari bahaya kesehatan di tempat kerja.
- b. Memberikan saran terhadap perencanaan dan pengorganisasian dan praktik kerja termasuk desain tempat kerja.
- c. Memberikan saran, informasi, pelatihan, dan edukasi tentang kesehatan kerja dan APD.
- d. Melaksanakan survei terhadap kesehatan kerja.
- e. Terlibat dalam proses rehabilitasi.

- f. Mengelola P3K dan tindakan darurat.
- 4. Fungsi dari keselamatan kerja seperti berikut.**
- a. Antisipasi, identifikasi, dan evaluasi kondisi serta praktik berbahaya.
 - b. Buat desain pengendalian bahaya, metode, prosedur, dan program.
 - c. Terapkan, dokumentasikan, dan informasikan rekan lainnya dalam hal pengendalian bahaya dan program pengendalian bahaya.
 - d. Ukur, periksa kembali keefektifan pengendalian bahaya dan program pengendalian bahaya.

5. Lembar Kerja

Carilah gambar lambang K3 dan jelaskan makna lambang tersebut !

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2.2. Kesehatan dan Keselamatan Kerja di Rumah Sakit (K3RS)

1. Pengertian

Rumah sakit merupakan suatu industri jasa yang padat karya, padat pakar, padat modal dan padat teknologi sehingga risiko terjadinya Penyakit Akibat Kerja (PAK)dan Kecelakaan Akibat Kerja (KAK) sangat tinggi, oleh karena itu upaya K3 sudah menjadi suatu keharusan. Rumah sakit sebagai sistem pelayanan yang terintegrasi meliputi input, proses, dan *output*.

- Input* : kebijakan, SDM, fasilitas, sistem informasi, logistik obat/reagensia/ peralatan, keuangan, dan lain-lain.
- Proses* : pelayanan rawat jalan dan rawat inap (*in and out patient*), IGD (*emergency*), pelayanan kamar operasi, pemulihan yang dilaksanakan dengan baik, benar, dan lain-lain.
- Output* : pelayanan prima (*excellence medicine and services*).

2. Sumber bahaya potensial (*potential Hazards*) di RS

Bahaya Fisik	Radiasi pengion, radiasi non-pengion, suhu panas, suhu dingin, bising, getaran, pencahayaan.
Bahaya Kimia	Ethylene Oxide, formaldehyde, glutaraldehyde, Obat Ca, gas Anestesi, mercury, chlorine.
Bahaya Biologi	Virus, Hepatitis B, C, HIV, SARS, Bakteri, Jamur dan Parasit.
Bahaya Ergonomi	Posisi statis, mengangkat, membungkuk, mendorong.
Bahaya Psikososial	Kerja shift, stres.

Bahaya Mekanik	Berasal dari mesin al; terjepit, terpotong, terpukul, tergulung, tersayat, tertusuk benda tajam.
Bahaya Listrik	Sengatan listrik, hubungan arus pendek, kebakaran, petir, listrik statis.
Limbah Rumah Sakit	Limbah medis (jarum suntik, vial obat, nanah, darah), limbah non medis, limbah cairan tubuh manusia (droplet, liur, sputum).

Sasaran keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit yaitu pengelola dan karyawan rumah sakit. Sedangkan tujuan keselamatan dan kesehatan kerja di rumah sakit yaitu terciptanya lingkungan kerja yang aman, sehat dan produktif untuk pekerja, aman dan sehat bagi pasien, pengunjung, masyarakat dan lingkungan sekitar rumah sakit sehingga proses pelayanan rumah sakit berjalan baik dan lancar.

3. Prinsip K3RS

1. Kapasitas kerja adalah status kesehatan kerja dan gizi kerja yang baik serta kemampuan fisik yang prima setiap pekerja agar dapat melakukan pekerjaannya dengan baik. Contoh bila seseorang kekurangan zat besi yang menyebabkan anemia, maka kapasitas kerja akan menurun karena pengaruh kondisi lemah dan lesu.
2. Beban kerja adalah beban fisik dan mental yang harus di tanggung oleh pekerja dalam melaksanakan tugasnya. Contoh: pekerja yang melakukan lembur (*overtime*).
3. Lingkungan kerja adalah lingkungan terdekat dari seorang pekerja. Contoh seorang bekerja di instalasi laboratorium serologi maka lingkungan kerjanya adalah laboratorium dan ruangan-ruangan yang berkaitan dengan proses pekerjaan nya di instalasi serologi.

4. Pengelolaan Bahan B3

Limbah medis rumah sakit termasuk ke dalam kategori limbah B3 yang wajib dikelola dengan benar. Sebagian limbah medis termasuk ke dalam kategori limbah B3 dan sebagian lagi termasuk kategori infeksius. Limbah medis termasuk dalam kategori limbah berbahaya dan beracun adalah limbah klinis, produk farmasi kadaluarsa, peralatan laboratorium terkontaminasi, kemasan produk farmasi, limbah laboratorium, dan residu dari proses insinerasi.

Barang berbahaya dan beracun (B3) adalah bahan yang karena sifat dan atau konsentrasinya dan atau jumlahnya, baik secara langsung maupun tidak langsung, dapat mencemarkan dan atau merusak lingkungan hidup, dan atau dapat membahayakan lingkungan hidup, kesehatan, kelangsungan hidup manusia serta makhluk hidup lainnya. Kategori B3 :

1. Memancarkan radiasi

Bahan yang memancarkan gelombang elektromagnetik atau partikel radioaktif yang mampu mengionkan secara langsung atau tidak langsung materi bahan yang dilaluinya, misalnya sinar X, sinar alfa, sinar beta, sinar gamma, dan lain-lain.

2. Mudah meledak

Bahan yang mudah membebaskan panas dengan cepat tanpa disertai pengimbangan kehilangan panas, sehingga kecepatan reaksi, peningkatan suhu dan tekanan meningkat pesat dan dapat menimbulkan ledakan. Bahan mudah meledak apabila terkena panas, gesekan atau bantingan dapat menimbulkan ledakan.

3. Mudah menyala atau terbakar

Bahan yang mudah membebaskan panas dengan cepat disertai dengan pengimbangan kehilangan panas, sehingga tercapai kecepatan reaksi yang menimbulkan nyala. Bahan mudah menyala atau terbakar mempunyai titik nyala (*flash point*) rendah (210⁰ C).

4. Oksidator

Bahan yang mempunyai sifat aktif mengoksidasikan sehingga terjadi reaksi oksidasi, mengakibatkan reaksi eksothermis (keluar panas).

5. Racun

Bahan yang bersifat beracun bagi manusia atau lingkungan yang dapat menyebabkan kematian atau sakit yang serius apabila masuk ke dalam tubuh melalui pernapasan kulit atau mulut.

6. Korosif

Bahan yang dapat menyebabkan iritasi pada kulit, menyebabkan proses pengaratn pada lempeng baja dengan laju korosi lebih besar dari 6,35 mm per tahun dengan temperatur uji 55⁰C, mempunyai pH sama atau kurang dari 2 (asam), dan sama atau lebih dari 12,5 (basa).

7. Karsinogenik

Sifat bahan penyebab sel kanker, yakni sel luar yang dapat merusak jaringan tubuh.

8. Iritasi

Bahan yang dapat mengakibatkan peradangan pada kulit dan selaput lender.

9. Teratogenik

Sifat bahan yang dapat memengaruhi pembentukan dan pertumbuhan embrio

10.Mutagenik

Sifat bahan yang dapat mengakibatkan perubahan kromosom yang berarti dapat merubah genetika.

11.Arus listrik

Dalam penanganan (menyimpan, memindahkan, menangani tumpahan, menggunakan, dan lain-lain) B3, setiap staf wajib mengetahui betul jenis bahan dan cara penanganan dengan melihat SOP dan MSDS yang telah ditetapkan.

Untuk itu, perlu menata penempatan/penyimpanan bahan-bahan kimia dalam keadaan benar dan aman sehingga area atau wilayah penggunaannya pun menjadi aman. Selain itu, bahan-bahan kimia dan area/wilayah yang berbahaya harus teridentifikasi dengan teliti dan akurat. Berikut ini panduan identifikasi bahan berbahaya serta penanganan khusus.

- 1. Periksa bahan berbahaya serta prosedur penanganan khusus yaitu dengan mengamati label kemasan/keterangan lainnya dan wilayah kerja yang berpotensi bahaya.
- 2. Identifikasi bahan-bahan yaitu dengan mencatat nama bahan, data keselamatan, penomoran, spesifikasi teknis, sifat fisik, dan sifat kimianya serta keterangan lain yang diperlukan.
- 3. Identifikasi wilayah berbahaya yaitu dengan mencatat nama wilayah berbahaya dan amati kemungkinan apa saja yang dapat terjadi dan penyebabnya.
- 4. Identifikasi prosedur penanganan khusus yaitu dengan mencatat nama prosedur penanganan khusus, mengamati, dan mencatat kekurangannya serta menyusun laporannya.

5. Lembar Kerja

- 1. Mengapa di dalam RS perlu diterapkan upaya keselamatan dan kesehatan kerja ?
- 2. Jelaskan potensi bahaya fisika, kimia, biologi, ergonomi, dan psikososial di RS !

[illegible]

2.3 Penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)

1. Pengertian

Alat Pelindung Diri (APD) ialah kelengkapan wajib yang digunakan saat bekerja sesuai dengan bahaya dan resiko kerja untuk menjaga keselamatan tenaga kerja itu sendiri maupun orang lain di tempat kerja. Tujuan Pemakaian APD adalah melindungi kulit dan membran mukosa dari resiko paparan darah, cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir dari pasien ke petugas dan sebaliknya. Indikasi penggunaan APD adalah jika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau kemungkinan pasien terkontaminasi dari petugas.



Gambar 2.1 Alat Pelindung Diri (APD)

2. JENIS-JENIS ALAT PELINDUNG DIRI (APD)

1). Alat Pelindung Kepala/*Helmet*

Tujuan dari pemakaian alat pelindung kepala adalah untuk mencegah rambut pekerja terjerat oleh mesin yang berputar, melindungi kepala dari bahaya terbentur oleh benda tajam atau keras yang dapat menyebabkan luka gores, potong atau tusuk, bahaya kejatuhan benda-benda atau terpukul oleh benda-benda yang melayang atau meluncur di udara, panas radiasi, api dan percikan bahan-bahan kimia korosif. Alat pelindung kepala, menurut bentuknya, dapat dibedakan menjadi beberapa jenis.

- a. Topi pengaman (*safety helmet*), untuk melindungi kepala dari benturan, kejatuhan, pukulan benda-benda keras atau tajam..
- b. Hood, berfungsi untuk melindungi kepala dari bahaya-bahaya bahan kimia, api, dan panas radiasi yang tinggi. Hood terbuat dari bahan yang tidak mempunyai celah atau lubang, biasanya terbuat dari asbes, kulit, wool, katun yang dicampuri alumunium dan lain-lain.
- c. Tutup kepala (*hair cap*), berfungsi untuk melindungi kepala dari kotoran debu dan melindungi rambut dari bahaya terjerat oleh mesin-mesin yang berputar. Biasanya terbuat dari bahan katun atau bahan lain yang mudah dicuci.



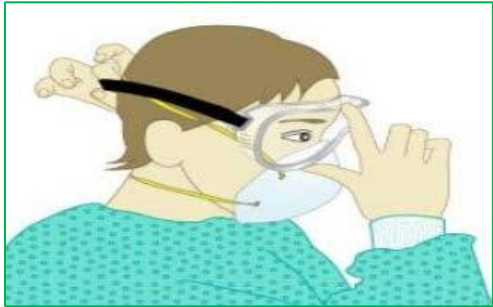
Gambar 2.2 Pelindung Kepala

2). Alat Pelindung Mata dan Muka

Pelindung mata berfungsi untuk melindungi mata dari percikan korosif, radiasi, gelombang elektromagnetik dan benturan/pukulan benda-benda keras atau tajam. Alat ini juga untuk mencegah masuknya debu-debu ke dalam mata serta mencegah iritasi mata akibat pemaparan gas atau uap. Alat pelindung mata terdiri dari kacamata (*spectacles*) dengan atau tanpa pelindung samping (*shideshield*), *goggles* (*cup type/boxtype*), dan tameng muka (*face shreen/face shield*). Untuk melindungi mata dari radiasi elektromagnetik yang tidak mengion (infra merah, ultraviolet), lensa dari kacamata pengaman/*goggles* dilapisi dengan oksida dari kobal dan diberi warna biru atau hijau yang selain untuk melindungi mata dari bahaya radiasi tetapi juga untuk mengurangi kesilauan. Kemampuan filter untuk menyerap panjang gelombang tertentu tergantung dari kepadatannya (*optical density*) dan jenis bahan kimia yang dipergunakan untuk membuat lensa tersebut. Untuk melindungi mata dari bahaya radiasi yang mengion (sinar X), dapat dipakai kacamata pengaman dimana lensa dari kacamata tersebut dilapisi oleh timah hitam (Pb).



Gambar 2.3 Alat Pelindung Wajah



Gambar 2.4 Googles

3). **Alat Pelindung Pendengaran**

Ada dua jenis alat pelindung telinga, antara lain.

a. *Sumbat telinga (ear plug)*

Sumbat telinga yang baik adalah sumbat telinga yang dapat menahan frekuensi tertentu saja, sedangkan frekuensi pembicaraan tidak terganggu. *Ear plug* dapat dibuat dari kapas, malam (*wax*), plastik, karet alami dan sintetis, *Ear plug* dapat dibedakan (menurut cara pemakaiannya) ,menjadi:

- *Semi insert-type earplug*, yang hanya menyumbat liang telinga luar saja.
- *Insert type ear plug*, yang menutupi seluruh bagian dari saluran telinga.

b. *Tutup telinga (ear muff)*

Alat pelindung telinga ini terdiri dari 2 buah tutup telinga dan sebuah *headband*. Isi dari tutup telinga dapat berupa cairan atau busa yang berfungsi untuk menyerap suara dengan frekuensi tinggi. Jika digunakan dalam jangka waktu yang lama, efektivitasnya dapat menurun karena bantalannya menjadi keras dan mengerut sebagai akibat reaksi bantalan dengan minyak dan keringat yang terdapat pada permukaan kulit.

4). **Alat Pelindung Pernafasan**

Terdapat tiga jenis masker, yaitu:

- Masker bedah, untuk tindakan bedah atau mencegah penularan melalui droplet.
- Masker respiratorik, untuk mencegah penularan melalui airborne.
- Masker rumah tangga, digunakan di bagian gizi atau dapur.



Gambar 2.5 Memakai Masker

Cara memakai masker:

- Memegang pada bagian tali (kaitkan pada telinga jika menggunakan kaitan tali karet atau simpulkan tali di belakang kepala jika menggunakan tali lepas).
- Eratkan tali kedua pada bagian tengah kepala atau leher.
- Tekan klip tipis fleksibel (jika ada) sesuai lekuk tulang hidung dengan kedua ujung jari tengah atau telunjuk.

- Membetulkan agar masker melekat erat pada wajah dan di bawah dagu dengan baik.
- Periksa ulang untuk memastikan bahwa masker telah melekat dengan benar.



Gambar 2.6 Menekan klip pada tulang hidung



Gambar 2.7 Masker respirator/partikulat

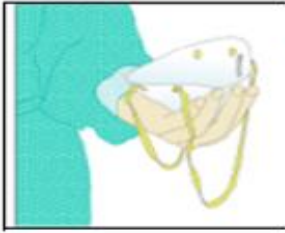
Pemakaian Respirator Partikulat Respirator partikulat untuk pelayanan kesehatan N95 atau FFP2 (health care particular respirator), merupakan masker khusus dengan efisiensi tinggi untuk melindungi seseorang dari partikel berukuran <5 mikron yang dibawa melalui udara. Pelindung ini terdiri dari beberapa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

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

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

- Adanya janggut dan jambang
- Adanya gagang kacamata

- Ketiadaan satu atau dua gigi pada kedua sisi yang dapat mempengaruhi perlekatan bagian wajah masker

	• Genggamlah respirator dengan satu tangan, posisikan sisi depan bagian hidung pada ujung jari-jari anda, biarkan tali pengikat respirator menjuntai bebas dibawah tangan anda
	• Posisikan respirator dibawah dagu anda dan sisi untuk hidung berada diatas
	• Tariklah tali pengikat respirator yang atas dan posisikan tali agak tinggi dibelakang kepala anda diatas telinga. Tariklah tali pengikat respirator yang bawah dan posisikan tali pada kepala bagian atas (posisi tali menyilang)

	• Letakan jari-jari kedua tangan anda diatas bagian hidung yang terbuat dari logam. Tekan sisi logam tersebut (gunakan dua jari dari masing-masing tangan) mengikuti bentuk hidung anda. Jangan menekan respirator dengan satu tangan karena dapat mengakibatkan respirator bekerja kurang efektif
	• Tutup bagian depan respirator dengan kedua tangan, dan hati-hati agar posisi respirator tidak berubah

Gambar 2.8 Langkah-langkah menggunakan respirator

Pemeriksaan Segel Positif:

Hembuskan napas kuat-kuat. Tekanan positif di dalam respirator berarti tidak ada kebocoran. Bila terjadi kebocoran atur posisi dan/atau ketegangan tali. Uji kembali kerapatan respirator. Ulangi langkah tersebut sampai respirator benar-benar tertutup rapat.

Pemeriksaan Segel Negatif:

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

5). Alat Pelindung Tangan

Beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam pemilihan alat pelindung tangan adalah:

- a. Bahaya yang mungkin terjadi, apakah berbentuk bahan-bahan kimia korosif, benda-benda panas, dingin atau tajam atau kasar.
- b. Daya tahannya terhadap bahan-bahan kimia.
- c. Kepekaan yang diperlukan dalam melakukan pekerjaan.
- d. Bagian tangan yang harus dilindungi.

Menurut bentuknya sarung tangan dibedakan menjadi:

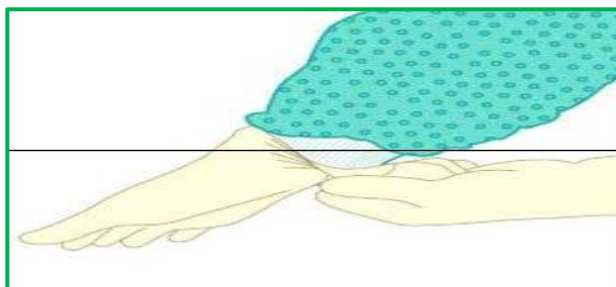
- a. Sarung tangan biasa (*gloves*).
- b. Sarung tangan yang dilapisi logam (*gounlets*).
- c. Sarung tangan yang keempat jari pemakainya dibungkus jadi satu kecuali ibu jari (*mitts mittens*).

Terdapat tiga jenis sarung tangan, yaitu:

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

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

Terdapat sediaan dari bahan sintesis yang lebih murah dari lateks yaitu 'vinil' tetapi sayangnya tidak elastis, kaku dipakai dan mudah robek. Sedangkan sarung tangan rumah tangga terbuat dari karet tebal, tidak fleksibel dan sensitif, tetapi memberikan perlindungan maksimum sebagai pelindung pembatas.



Gambar 2. 9 Pemasangan sarung tangan

6). Alat Pelindung Kaki

Sepatu keselamatan kerja (*safety shoes*) berfungsi untuk melindungi kaki dari bahaya kejatuhan benda-benda berat, terpercik bahan kimia korosif, dan tertusuk benda-benda tajam. Menurut jenis pekerjaan yang dilakukan, sepatu keselamatan dibedakan menjadi:

- a. Sepatu pengaman yang digunakan untuk pengecoran baja terbuat dari bahan kulit yang dilapisi logam krom atau asbes.
- b. Sepatu khusus yang digunakan untuk bahaya peledakan. Sepatu ini tidak boleh ada paku-paku yang dapat menimbulkan percikan bunga api.
- c. Sepatu karet anti elektrostatis untuk melindungi pekerja dari bahaya listrik.
- d. Sepatu pengaman untuk pekerja bangunan. Sepatu ini ujungnya dilapisi baja untuk melindungi jari kaki.

7). Alat Pelindung Ketinggian

Tali dan sabuk pengaman digunakan untuk menolong kecelakaan. Selain itu, sabuk pengaman juga digunakan pada pekerjaan mendaki dan memanjat konstruksi bangunan.

8). Alat Pelindung Tubuh

Pakaian tenaga kerja pria yang bekerja melayani mesin seharusnya berlengan pendek, tidak longgar pada dada atau punggung, tidak terdapat lipatan-lipatan. Pakaian kerja wanita sebaiknya memakai celana panjang, tutup kepala dan tidak memakai perhiasan. Berikut ini adalah contoh pakaian pelindung seperti *wearpack*.

9). Pelampung

Baju Pelampung adalah alat yang berfungsi menjaga penumpang tetap terapung saat terjadi keadaan darurat di kapal. Baju pelampung sering disebut sebagai *life jacket* atau *workvest*. Dalam pemakaiannya baju pelampung sering ditemani *life jacket light* yang berfungsi memberi tanda lokasi orang di laut terutama pada malam hari.

10). Rompi Nyala

Rompi nyala merupakan rompi yang menggunakan bahan yang dapat menyala jika terkena cahaya. Sangat bermanfaat jika digunakan pada kondisi gelap atau malam hari karena dapat bercahaya dengan cara memantulkan dari sumber cahaya sehingga pekerja yang menggunakan rompi ini dapat dengan mudah ditemukan.

11). Jas Hujan

Jas hujan merupakan salah satu alat pelindung tubuh dari air. Banyak pengendara motor baik di kota maupun di pedalaman yang menggunakan jas hujan atau ponco agar tidak terkena hujan. Disamping itu jas hujan juga berfungsi untuk menghalau angin yang masuk ke dalam tubuh sehingga pekerja yang menggunakan jas hujan akan terlindungi.

3. Pelepasan APD

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

1) Melepas sarung tangan

- Ingatlah bahwa bagian luar sarung tangan telah terkontaminasi.
- Pegang bagian luar sarung tangan dengan sarung tangan lainnya, kemudian lepaskan
- Pegang sarung tangan yang telah dilepas dengan menggunakan tangan yang masih memakai sarung tangan.

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

This image shows a full page of primary-ruled paper. It features multiple sets of horizontal lines designed to guide handwriting. Each set consists of three lines: two solid outer lines defining the height of the writing area, and a dashed middle line indicating where to place ascenders or the top of capital letters. The entire page is enclosed within a thin black rectangular border. There are no margins, text, or other markings on the page.

DAFTAR PUSTAKA

1. Albyn, D.F., Making, M.A., Iswati, Selasa, P., Rusiana, H.P., Sapwal, M.J. *dkk.* 2022. Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja. CV. Media Sains Indonesia. Bandung.
2. Panesar SS, *dkk.*, 2017. *At Glance* Keselamatan Pasien dan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan. Erlangga. Jakarta
3. PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 11 TAHUN 2017 TENTANG KESELAMATAN PASIEN.
4. PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 48 TAHUN 2016 TENTANG STANDAR KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA PERKANTORAN.
5. NHS Foundation Trust. 2015. Patient Identification Policy.
<http://www.southernhealth.nhs.uk/resources/assets/inline/full/0/71283.pdf>
6. KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 118/MENKES/SK/IV/2014 TENTANG KOMPENDIUM ALAT KESEHATAN.
7. Purjanto, Adi. 2015. *Pedoman Pengelolaan Peralatan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. Direktorat Bina Pelayanan Penunjang Medik dan Sarana Kesehatan. Jakarta.
8. WHO.2011. *WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition*.