

CURRICULUM VITAE

Nama : Rokiah Kusumapradja
Lahir : Sumedang, 9 Pebruari 1952
Status : Menikah, 2 anak , 4 cucu
Alamat : Jl. Balap Sepeda IV/ 103 Rawamangun Jkt Timur
Telephon/fax : 021 489 8411; 0913 196 45 666;
e mail : rorojkt4 @ yahoo.com

Pendidikan :

- S3 Bidang Manajemen Pendidikan, Universitas Negeri Jakarta, 2003
- S2 Master of Hospital Administration, University of The Philippine, Manila, 1991
- S 1 FKM – UI , Jakarta, 1985
- AKPER Bandung, 1974

Pekerjaan/Jabatan:

- Ka. Dept Business Development YPKB – UEU
- Dekan FKIP Universitas Esa Unggul 2013 -2019
- Wakil Rektor Bidang Akademik Universitas Esa Unggul Jakarta (2008- 2014)
- Ketua Komite Perencanaan dan Pengembangan RSUP Persahabatan Jakarta
- Wakil Ketua Pusat Kesehatan Respirasi Nsional RSUP Persahabatan Jakarta
- Sekretaris KKP-RS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit)-PERSI 05-08 dan Departemen Diklat Institute Manajemen Rumah sakit - PERSI, anggota IKPRS PERSI 2005 - sekarang
- Ketua Kompartemen Keperawatan Pengurus PERSI Pusat 95-09
- KARS (Komisi Akreditasi Rumah Sakit) Dep Kes RI : Surveior / Pembimbing Akreditasi , konsiler , 1995- sekarang
- Ketua Kompartemen Tenaga Kes. Lain Pengurus ARSPI Pusat 98-07/ 08-2011
- Pengurus Pusat PPNI 1989 - 2006

Lain-lain :

- Ketua Prodi Magister Administrasi RS UEU 2016- sekarang
- Dosen Luar Biasa Program S2 KARS- FKM UI 1996 - sekarang
- Dosen Luar Biasa Program S2 dan S3 Universitas Negeri Jakarta , 2003 - sekarang
- Dosen Luar Biasa Program S2 UNiversitas Respati Indonesia dan STIK St Carolus, 2002 - 2017



PATIENT SAFETY PERSPEKTIF NURSING CARE

Dr. Rokiah Kusumapradja, MHA

***WORKSHOP KESELAMATAN PASIEN DAN MANAJEMEN RISIKO KLINIS
DI RUMAH SAKIT***

TOPIK BAHASAN

PENDAHULUAN

KONSEP KESELAMATAN PASIEN
PERSPEKTIF KEPERAWATAN

PERAN PERAWAT DALAM
KESELAMATAN PASIEN

IMPLEMENTASI SASARAN KESELAMATAN
PASIEN

BUDAYA AMAN DAN LEADERSHIP

KESIMPULAN

PENDAHULUAN

- KESELAMATAN PASIEN MERUPAKAN KOMPONEN KRITIS DARI MUTU PELAYANAN KESEHATAN DI RS
- MENINGKATKAN BUDAYA AMAN (*SAFETY*) DI RS MERUPAKAN KOMPONEN PENTING UNTUK MENCEGAH DAN MENURUNKAN ERRORS
- PRINSIP DASAR DALAM MENERAPKAN KESELAMATAN PASIEN → MERUBAH PERILAKU ATAU KULTUR MENYALAHKAN (*BLAMING CULTURE*) MENJADI *SAFETY CULTURE* DAN MEMBANGUN SISTEM KESELAMATAN PASIEN (MENCEGAH ERROR, MEMBUAT ERROR TERLIHAT, MITIGASI AKIBAT ERROR)
- KESELAMATAN PASIEN ADALAH LANDASAN PENTING DALAM PEMBERIAN ASUHAN KEPERAWATAN MELALUI : KEWASPADAAN (*VIGILANCE*), *SURVEILLANS* DAN KOORDINASI UNTUK MENGURANGI LUARAN YANG MERUGIKAN PASIEN

FLORENCE NIGHTINGALE WAS ONE OF THE FIRST LEADERS IN PATIENT SAFETY (1820-1910)

- ❑ AS A NURSE → SHOULD HELP PATIENT, NOT HARM THEM
- ❑ USED STATISTICAL ANALYSIS TO MEASURE RESULTS
- ❑ REDUCED PREVENTABLE DEATHS 42% → 2%
- ❑ THE FIRST NURSING PROFESSIONAL TO ADVOCATE WASHING HANDS → TO FIGHT INFECTIONS
- ❑ TO FIGHT THE MEDICAL COMMUNITY ==> TO IMPLEMENT SANITARY PATIENT CARE CONDITION

Florence Nightingale

- The first to **measure nursing outcomes**
 - Wherever nurses were,
far fewer patients died.
 - Wherever nurses were not,
far more patients died.

(Yang pertama mengukur hasil keperawatan

- Di mana pun perawat berada, jauh lebih sedikit pasien yang meninggal.
- Di mana pun perawat jauh lebih banyak pasien meninggal)

Patient-Focused Outcome Indicators

PRESSURE
ULCERS

PATIENT FALLS

NOSOKOMIAL
INFECTION
RATE

MEDICATION
ERROR

PATIENT/FAMILY
SATISFACTION
WITH NURSING
CARE

PATIENT /FAMILY
SATISFACTION
WITH OVERALL
CARE





Vigilance :

The Essence of Nursing

Vigilance has been defined as

"a state of **watchful attention**, of maximal physiological and psychological readiness to act and of having the ability to **detect and react to danger**"

Kewaspadaan :

"Keadaan perhatian penuh, kesiapan fisiologis dan psikologis maksimal untuk bertindak dan memiliki kemampuan untuk mendeteksi dan bereaksi terhadap bahaya"

Kewaspadaan keperawatan profesional dapat didefinisikan sebagai keadaan yang berlandaskan: ilmiah, intelektual, dan berdasarkan pengalaman

- Perhatian dan identifikasi pengamatan / sinyal / isyarat yg signifikan secara klinis;
- Perhitungan risiko yang melekat dalam situasi praktik keperawatan;
- Kesiapan untuk bertindak secara tepat dan efisien untuk meminimalkan risiko dan menanggapi ancaman.

- **Anticipating "what might be."** While assigning meaning to "what is" actually happening with a patient is an essential facet of nursing practice, the ability to anticipate and observe for "what might happen" is another critical component of professional vigilance.

(Mengantisipasi "apa yang mungkin terjadi." Sementara memberikan makna pada "apa yang" sebenarnya terjadi pada pasien adalah aspek penting dari praktik keperawatan, kemampuan untuk mengantisipasi dan mengamati "apa yang mungkin terjadi" Adalah komponen penting lain dari kewaspadaan Profesional.)

Nightingale (1860/1969) recognized the importance of vigilance in nursing



In Notes on Nursing, she wrote:

The most important practical lesson that can be given to nurses is to teach them

- **what to observe, "how to observe"**
- **what symptoms indicate improvement, "what the reverse"**
- **which are of importance, "which are of none"**
- **which are evidence of neglect, "and of what kind of neglect"**.

-All this is what ought to make part, and an essential part, of the training of every nurse

importance of vigilance in nursing

Dalam catatan ttg keperawatan , dia menulis:

- Pelajaran praktis paling penting yang dapat diberikan kepada perawat adalah mengajar mereka apa yang harus diamati, "cara mengamati"
- gejala apa yang menunjukkan peningkatan, "Juga sebaliknya" yang penting, dan "yang tidak ada"
- yang merupakan bukti pengabaian, "dan pengabaian seperti apa".



***Nursing Role
In Patient Safety***

Nursing Role In Patient Safety:

- 54 percent of all healthcare providers
- **Surveillance** and “**rescue**” of patient status
- **Coordination** and **integration** of care
- Therapeutics, support, and education
- **Intercepting errors**
- **Commission of errors**

**NURSES ARE INVOLVED IN EVERY AREA OF
THE HEALTH CARE SYSTEM**

**(24 HOURS A DAY) → CRITICAL ROLE IN
PATIENT SAFETY :**

Through their **vigilance**, nurses act :

- **TO KEEP PATIENTS SAFE**
- **IDENTIFY AREA OF RISK**
- **RECOGNIZE SITUATIONS IN NEED OF
IMPROVEMENT**

WHY ARE NURSES CONCERNED ABOUT PATIENT SAFETY ?

- For nurses, patient safety is not just part of what they do; nurses are committed through their code of ethics to provide **“safe, competent and ethical care”**
 - Bagi perawat, keselamatan pasien bukan hanya bagian dari apa yang mereka lakukan;
 - Perawat berkomitmen melalui kode etik mereka untuk memberikan " asuhan yang aman, kompeten dan etis"
- Patient safety is **fundamental to nursing care** and is of concern wherever nurses work – in the community, acute care hospitals or long-term care facilities.
 - Keselamatan pasien merupakan hal mendasar dalam asuhan keperawatan dan menjadi perhatian dimanapun perawat bekerja di komunitas, rumah sakit, perawatan akut atau fasilitas perawatan jangka panjang.

**BAGAIMANA IMPLEMENTASI
UPAYA KESELAMATAN PASIEN ?**

**MERUPAKAN BAGIAN
TAK TERPISAHKAN
(BUILT IN)**

→ PROSES ASUHAN KEP.

UPAYA KESELAMATAN PASIEN → BAGIAN DARI PROSES ASUHAN KEPERAWATAN

standards of care
(Patient results)



IMPLEMENTASI SASARAN KESELAMATAN PASIEN :

IDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR

MENINGKATKAN KOMUNIKASI EFEKTIF

MENCEGAH KESALAHAN OBAT

MENCEGAH SALAH ORANG, SALAH TEMPAT,
SALAH PROSEDUR TINDAKAN PEMBEDAHAN

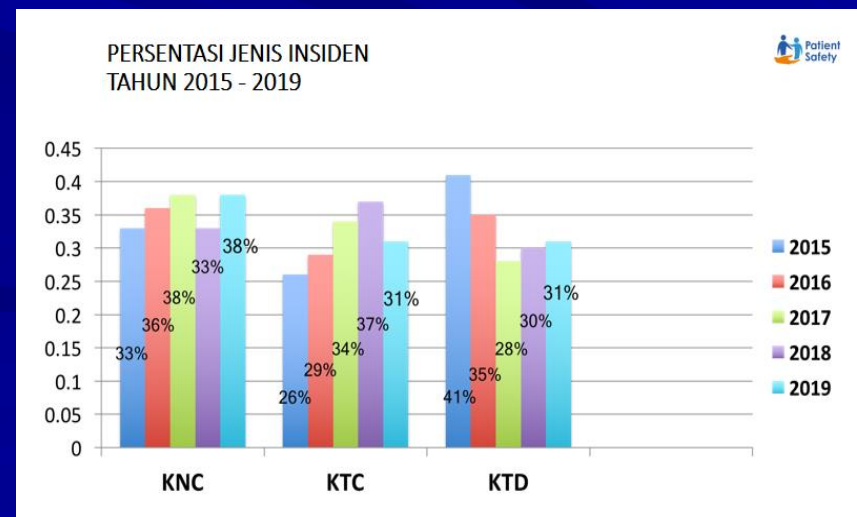
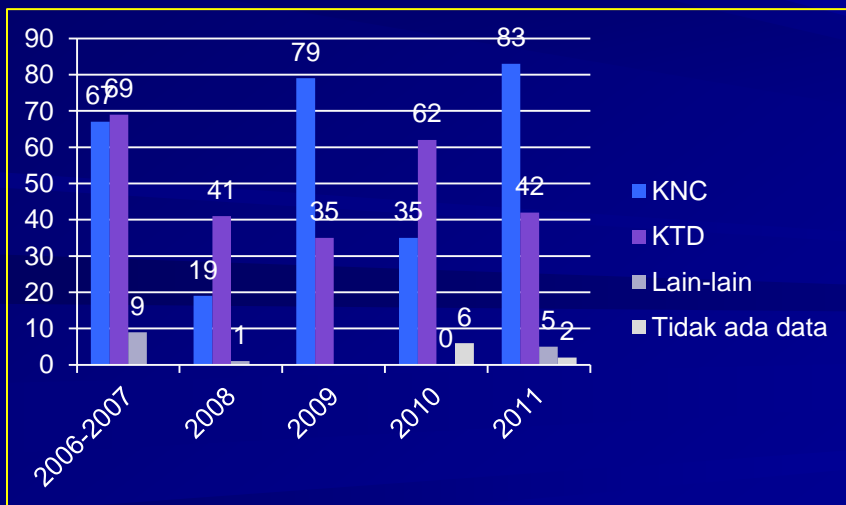
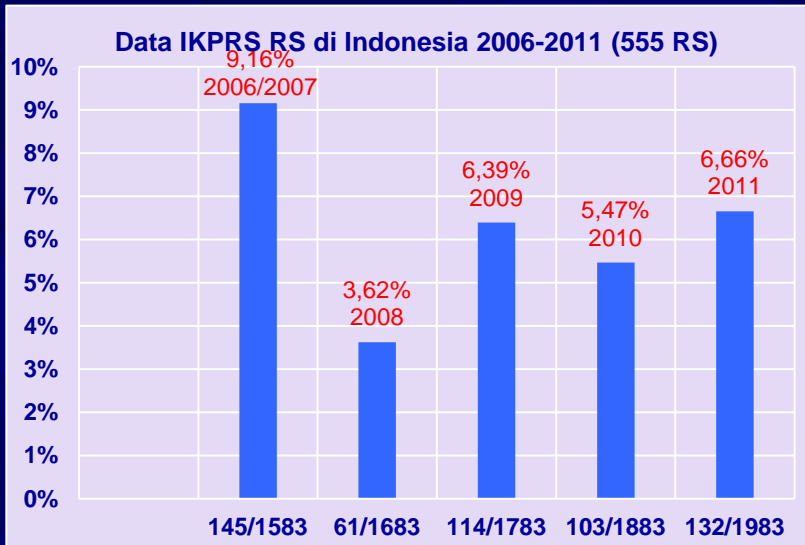
MENURUNKAN RISIKO HAI'S

MENURUNKAN CIDERA AKIBAT JATUH

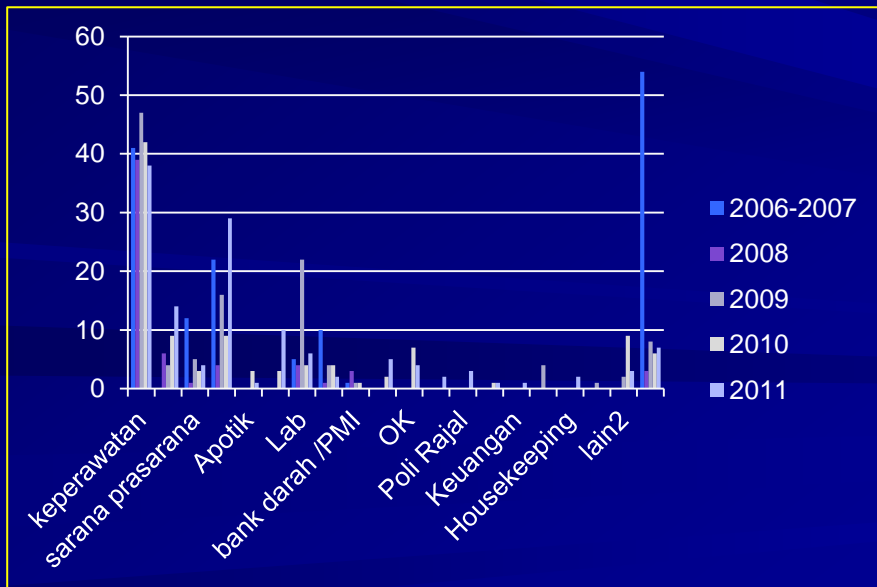
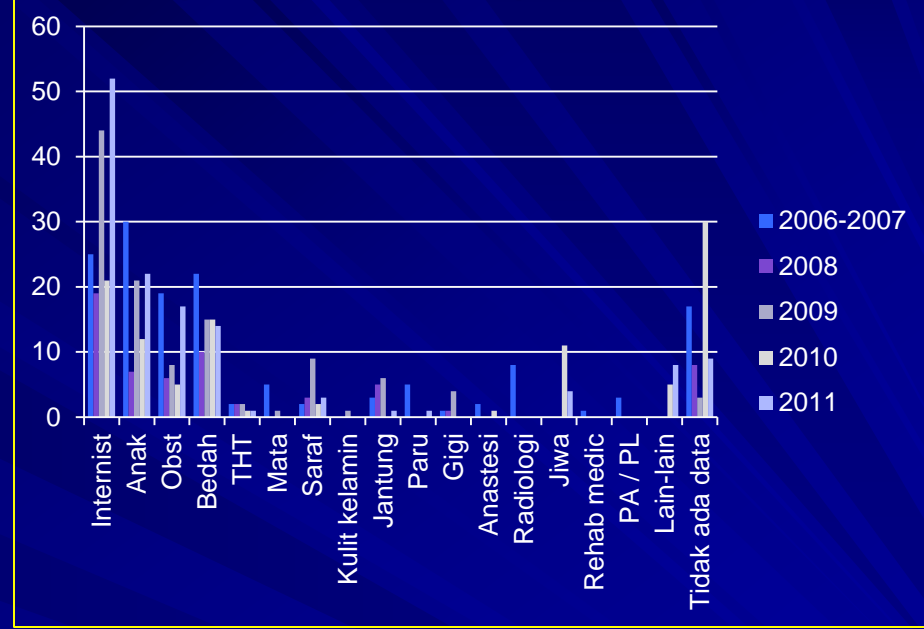
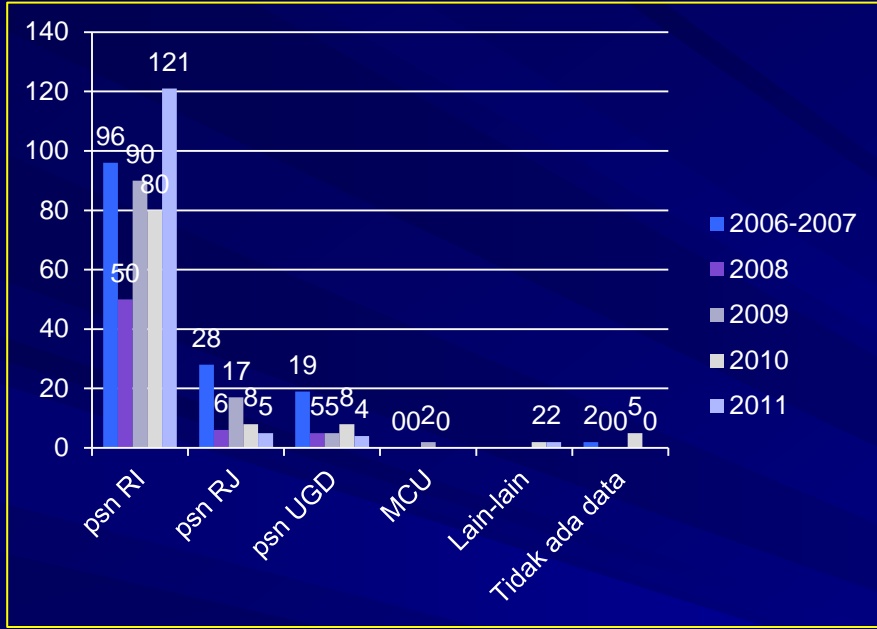
- A key to improving patient safety is **honest reporting of errors** by health care professionals (O'Connell, White, & Platt, 2003)

When nurses make **mistakes**, they are held **accountable** for their actions

DATA IKP TERKAIT KEPERAWATAN (KKPRS 2006-2011(555 RS) DAN 2015-2019



IKP BERDASARKAN LOKASI, SPESIALIS, PROFESI, KEJADIAN BERULANG (2006-2011)



KEJADIAN BERULANG	2006 - 2007					Total
	2008	2009	2010	2011		
Pernah	0	14	34	24	47	119 21,14%
Tidak pernah	0	15	76	44	76	211 38,01%
Tidak ada data	0	0	0	0	0	0
Total	145	32	4	35	9	225 40,54%
	145	61	114	103	132	555



Mengapa KTD terjadi?

(AHRQ, 2003)

*"98% patients wanted honest acknowledgement of errors, even in minor."
(Witman, A., Arc. Intern. Med., 1996)*

Stay error-free

- Sesuatu yang **salah sekecil apapun** itu adalah pertanda awal suatu masalah
- Pertanda awal tersebut merupakan **bendera merah** yang memberikan insight terhadap masalah kesehatan secara keseluruhan
- **Kejadian Nyaris cedera** dinilai sebagai **indikator masalah awal** dan untukantisipasi kejadian di masa yang akan datang
- Inovatif dan Kreatif dan mempertimbangkan masukan dari segala arah
- Mempersiapkan hal yang tidak diharapkan dan tidak diketahui

MEMBANGUN SISTEM PELAYANAN KESEHATAN YANG AMAN

MENCEGAH ERROR

- Menghindari sesuatu yg mengandalkan memori
- Mengindari sesuatu yg mengandalkan kewaspadaan berlebihan (teknologi)
- Standarisasi
- Memberdayakan pasien/keluarga
- Merancang lingkungan yang aman

MEMUNCULKAN ERROR

- **sistem pelaporan**
- **audit**
- **surveilans**

- semua pimpinan Keperawatan memahami metode proaktif menilai dan menurunkan Risiko asuhan:
- FMEA, HFMEA,
- RCA, Pohon keputusan, analisis tulang ikan, PDCA,
- dll

MITIGASI EFEK KTD

- merancang sistem agar KTD dapat diantisipasi sehingga cedera lebih berat tdk terjadi





**BUDAYA AMAN DAN
PERAN LEADERSHIP**

Komponen Safety Culture



**Budaya Keselamatan merupakan
Elemen Kunci dalam mewujudkan
Rumah Sakit yang Highly Reliable**



BUDAYA KESELAMATAN (SAFETY CULTURE)

Sifat dan sikap dalam organisasi dan individu yang menekankan pentingnya keselamatan sebagai prioritas utama dalam mencapai tujuan organisasi. Terdiri atas 2 hal yaitu:

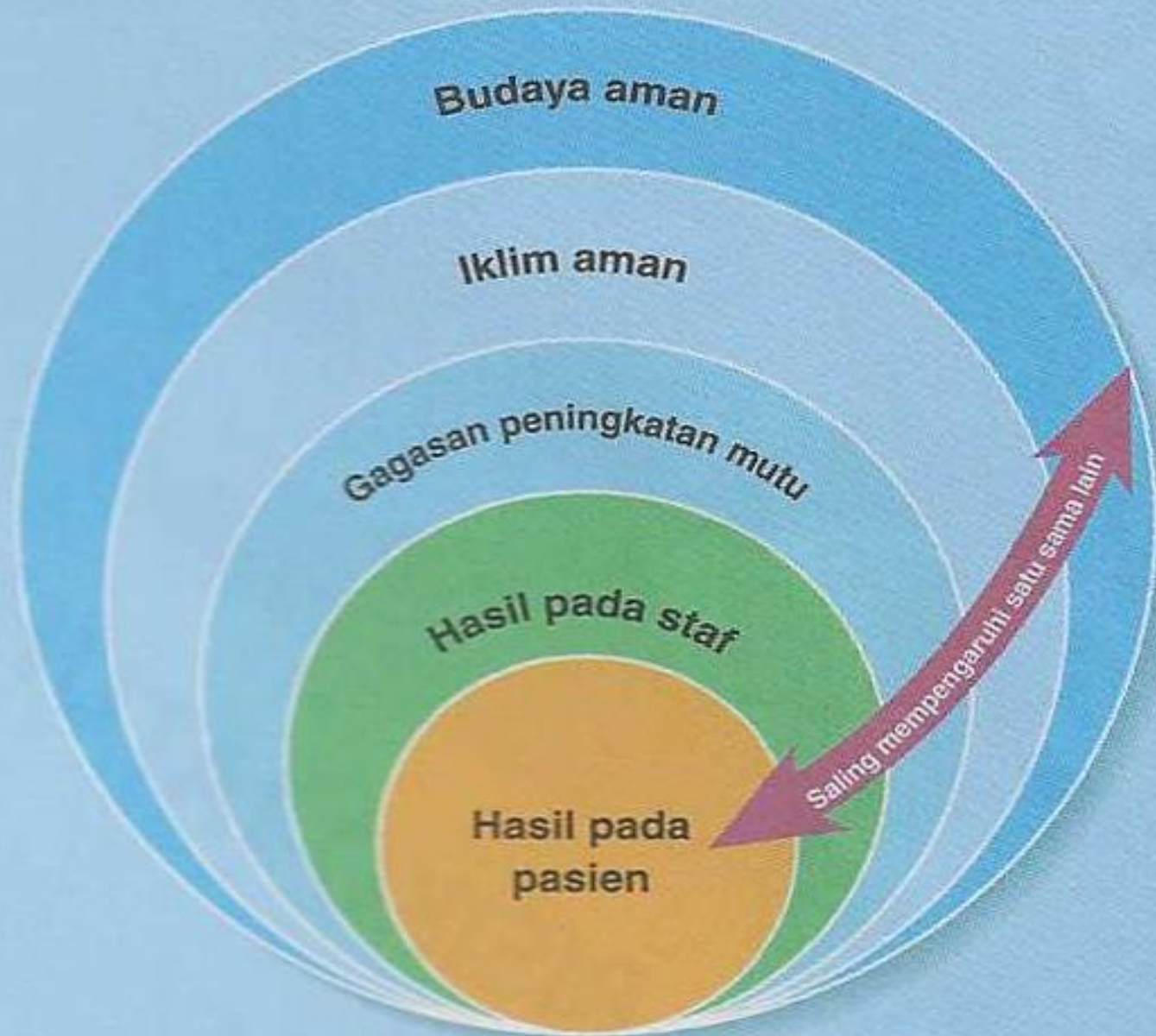
Kerangka kerja melalui kebijakan organisasi dan tindakan manajerial

Tanggapan individu yang bekerja dan memanfaatkan kerangka kerja tersebut

BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DI 7 RS PENDIDIKAN (Kusumapradja,dkk, 2018)

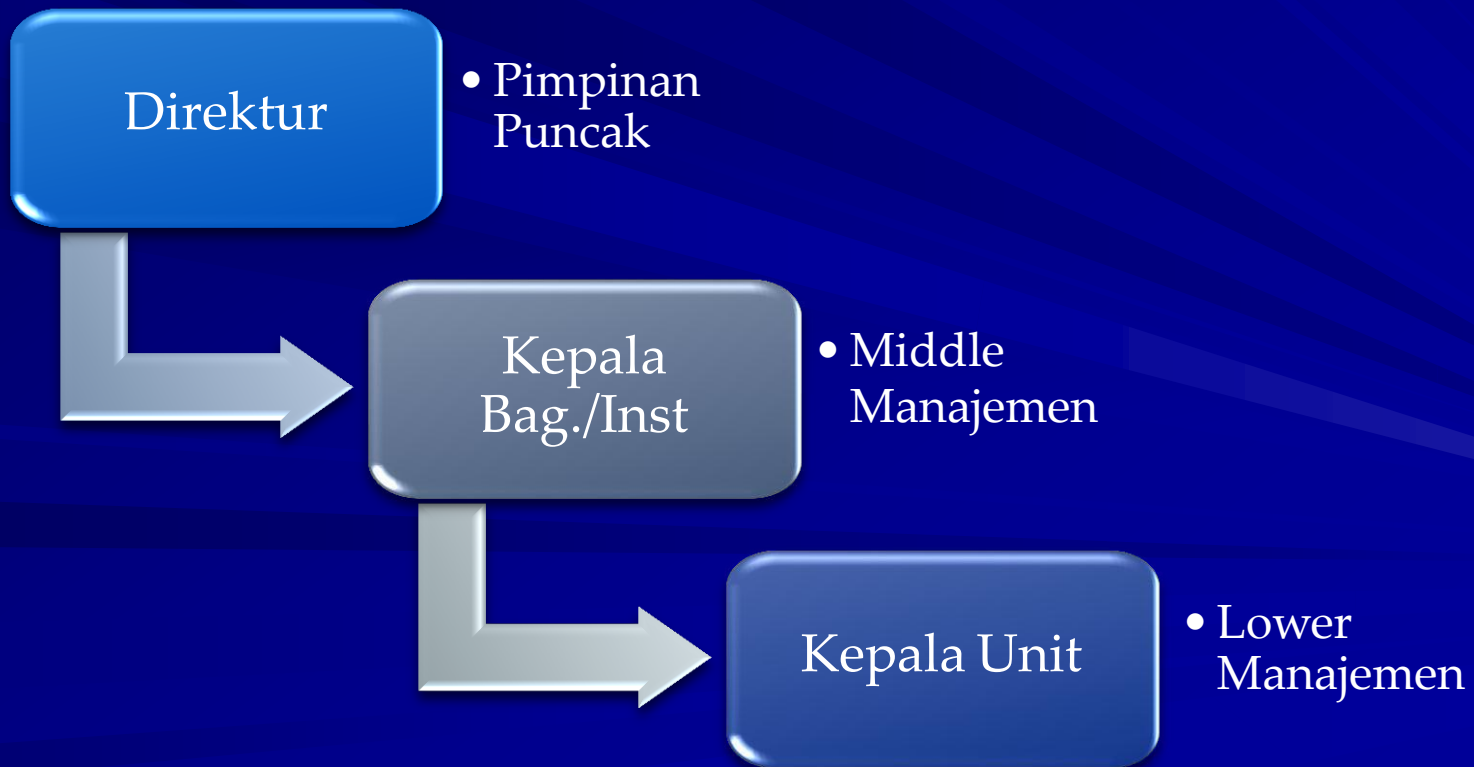
No	PATIENT SAFETY CULTURE INDICATOR	SAMLE	Negatif RESPON SE	NETRA L	POSITIF RESPONSE	TOTAL _{sp}	LEVEL RELIABILITY
1	<i>Supervisor/manager expectations and actions promoting safety</i>	1231	556	478	3890	4924	79%/75% STRONG
2	<i>Organizational learning—continuous improvement</i>	1231	197	230	3266	3693	88%/76% STRONG
3	<i>Teamwork within units</i>	1231	472	327	4125	4924	84%/83% STRONG
4	Communication openness	1231	665	712	2316	3693	63%/72% LESS STRONG
5	Feedback and communication about error	1231	496	740	2457	3693	67%/78% LESS STRONG
6	Nonpunitive response to error	1231	993	674	2026	3693	55%/79% LESS STRONG
7	Staffing	1231	1937	869	2118	4924	43%/63% LESS STRONG
8	<i>Management support for patient safety</i>	1231	382	343	2968	3693	80%/83% MEDIUM STRONG
9	<i>Teamwork across units</i>	1231	434	585	3905	4924	79%/80% MEDIUM STRONG
10	Handoffs and transitions	1231	744	733	3447	4924	70%/ 80% LESS STRONG
11	Overall perceptions of patient safety	1231	1011	675	3238	4924	66%/74% LESS STRONG
12	Frequency of events reported)	1231	800	975	1918	3693	52%/ 84% LESS STRONG

Hubungan timbal balik kompleks yang didukung oleh riset



SAFETY LEADERS

Pimpinan menjadi role model dalam penerapan *safety culture*



NURSES LEADERSHIP

- Staf perawat di samping tempat tidur 24 jam sehari, tujuh hari seminggu, ada di garis depan dan memiliki kekuatan yang berbeda untuk mempengaruhi hasil dan produktivitas berkelanjutan.
- Mereka, pada kenyataannya, berada di tingkat pertama pengambilan keputusan.
- Dengan membiarkan beberapa otonomi dalam pengambilan keputusan mereka betapapun kecilnya, kami meletakkan dasar kepemimpinan.

IMPLEMENTASI

Komitmen
Pimpinan dan
Staf

Champion

Morning
Briefing



Nilai Keselamatan pasien (HRO)



Pembelajaran dan evaluasi secara terus menerus untuk kejadian yang tidak diharapkan dan tak terduga.



Bagaimana organisasi bisa menjadi lebih baik dan menghindari kesalahan



Antisipasi terhadap kejadian yang mungkin menimbulkan kerugian

KESIMPULAN

- Keselamatan pasien adalah landasan penting dalam pemberian asuhan keperawatan melalui kewaspadaan (vigilance), surveilans dan koordinasi untuk mengurangi adverse event.
- F.N sebagai pelopor keselamatan pasien telah memberikan fondasi yang kuat dengan menggunakan analisis statistik untuk mengukur asuhannya secara ilmiah
- Kewaspadaan (Vigilance) adalah Essence dari Keperawatan
- Bagi perawat, PS bukan hanya bagian dari apa yang mereka lakukan, tetapi berkomitmen melalui kode etik untuk memberikan " asuhan yang aman, kompeten dan etis"
- Budaya aman dan leadership merupakan elemen kunci terwujudnya asuhan keperawatan yang berkualitas



Because the patient is in our hands –
They trust us to do the best for them

TERIMA KASIH



DAFTAR PUSTAKA

- Darmawan Hardi,dkk, Menuju pelayanan Kesehatan yang aman, Kapita Selekta Keselamatan pasien “,Kanisius, 2009
- Goerge B, Julia, Nursing Theories, Norwalk, Apleton & Lange, 1995
- JCI, Meeting the International Patient safety Goals, ed 6, JCR Inc, 2014
- JCAHO, Patient Safety Standard, 2005
- Kirk, Roey, and Hoelsing Helan, The Nurse’s Guide coomon Sense, Quality Manajemen, Illionis, SN Pbulication Inc, 1991
- Marie Muller, Adverse Event Monitoring in nursing, University of JHB COHSASA Consultant. 2006
- Myers Sharon Ann. Patient Safety and Hospital Accreditaion,” a ,odel For ensuring Success” springer pubkishing cmp.2012,
- Rowland, Howard and Romland, Beatrice, The Manual of Nursing Quality ASssurance, USA, Aspen Publisher, 1987
- Swanburg, Russel, Management and Leadership for Nurse Managers, Boston, Jones and barllet Published, 1996
- Vincenti, Charles, Clinical Risk Management, London, BMJ,Publishing Group, 1995

IMPLEMENTASI SASARAN KESELAMATAN PASIEN :

IDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR

MENINGKATKAN KOMUNIKASI EFEKTIF

MENCEGAH KESALAHAN OBAT

MENCEGAH SALAH ORANG, SALAH TEMPAT,
SALAH PROSEDUR TINDAKAN PEMBEDAHAN

MENURUNKAN RISIKO HAIS

MENURUNKAN CIDERA AKIBAT JATUH

1. IDENTIFIKASI PASIEN DENGAN BENAR :

GUNAKAN PALING SEDIKIT 2 CARA IDENTIKASI PASIEN (NAMA, NO.RM, TGL LAHIR, NIK) KETIKA:

- MEMBERIKAN OBAT
- MEMBERIKAN DARAH DAN PRODUK DARAH
- MENGAMBIL SAMPLE DARAH DAN PEMERIKSAAN LAINNYA
- PEMBERIAN PENGOBATAN/TINDAKAN
- DIET PASIEN

METODE IDENTIFIKASI :

- IDENTIFIKASI VISUAL ATAU VERBAL
- IDENTIFIKASI MENGGUNAKAN KARTU/PAPAN
- GELANG
- BARCODE
- TEKNOLOGI(SMART CARD, BIOMETRIC,DLL)



- **SALAH IDENTIFIKASI :**

- PASIEN TIDAK SADAR/ DISORIENTASI,
- PINDAH KAMAR,
- PINDAH TT,
- PINDAH LOKASI DI RS

- **SALAH**

- IDENTIFIKASI :**

- **13 % surgical error**
- **68% kesalahan transfusi darah (JCI)**

- **PENYEBAB :**

- kesalahan dalam penulisan (labeling) dan administrasi
- kesalahan dalam verifikasi
- hambatan komunikasi (bahasa, kondisi pasien, serah terima/lihtugas)

PRINSIP MENCEGAH KESALAHAN IDENTIFIKASI

KEBIJAKAN RS ==> SETIAP PASIEN HARUS DAPAT DIIDENTIFIKASI KAPANPUN KETIKA PROSEDUR MEDIS

PELATIHAN ==> PROSEDUR PENILAIAN ULANG VERIFIKASI PASIEN PADA SAAT ORIENTASI/CE

MELIBATKAN PASIEN DAN KELUARGA

MEMASTIKAN SEMUA PETUGAS BERTANGGUNG JAWAB ==> IDENTIFIKASI PASIEN

SOP YANG JELAS ==> MENGIDENTIFIKASI PASIEN

MENULISKAN SECARA JELAS IDENTITAS PASIEN PADA SETIAP LEMBAR PERMINTAAN/ PEMBERIAN LABEL

IDENTIFIKASI ==> TINDAKAN PEMBEDAHAN

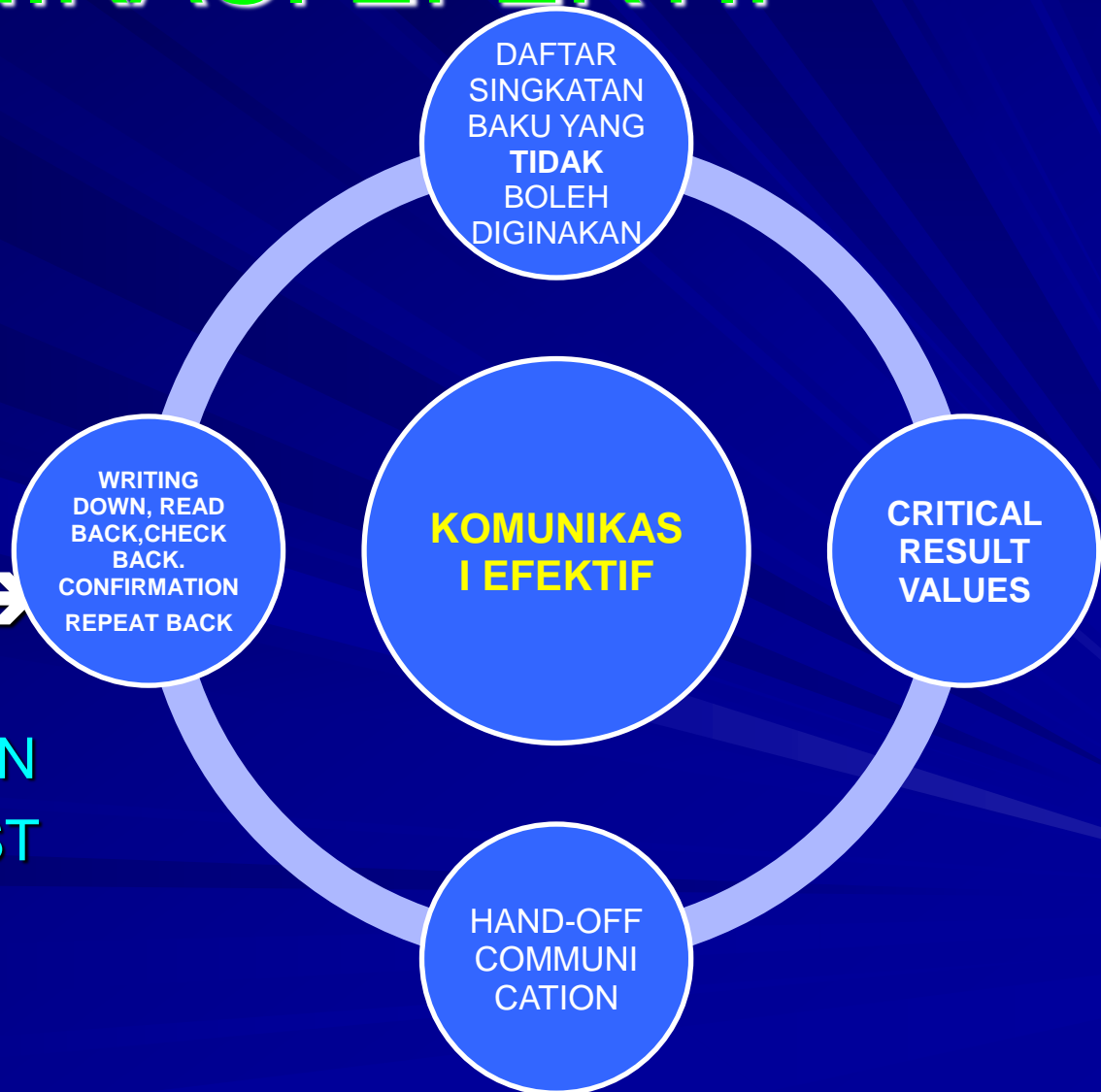
2. MENINGKATKAN KOMUNIKASI EFEKTIF

■ KOMUNIKASI

- ELEKTRONIK
- VERBAL
- TERTULIS

■ KESALAHAN SERING TERJADI →

- ORDER → VERBAL DAN ATAU TELEPHON
- LAPORAN HASIL TEST (CRITICAL)



Communication is Key

- 70 to 80 % of medical errors are related to interpersonal interaction issues.
- Ineffective communication is a root cause for nearly 66 % of all sentinel events reported.

Penyebab KTD

- Komunikasi yang kurang baik
- Kesalahan asesmen pasien
- Tidak patuh terhadap SPO
- lingkungan tidak aman
- kompetensi petugas
- kepemimpinan
- kurang tersedia informasi dan perencanaan organisasi, training, orientasi, staff, asuhan berkesinambungan

PENYEBAB KEGAGALAN KOMUNIKASI

- Kegagalan sistem (tdk ada sistem komunikasi/ tidak baku)
- Kegagalan pesan ; informasi tidak disampaikan
- Kegagalan penerimaan (sistem alat, penerimaan terlambat, salah interpretasi)

3. MENINGKATKAN KEAMANAN OBAT DENGAN KEWASPADAAN TINGGI (HIGH ALERT MEDICATION/HAM)

- MEMBUAT STANDAR PROTOKOL, SOP, GUIDELINE YG MENGATUR INSTRUKSI /PERESEPAN OBAT HAM, PENYIMPANAN, PENYIAPAN, PEMBERIAN OBAT RISIKO TINGGI:
 - DOSIS DAN CARA PENGGUNAAN HAM YG BENAR
 - LANGKAH PENYIAPAN DAN PEMBERIAN OBAT MASMING HAM
 - MENGGUNAKAN POMPA INFUS → MENCEGAH ALIRAN BEBAS
 - AKSES OBAT HAM → MEMINIMALISASIKAN STOK OBAT
 - MEMISAHKAN LETAKNYA /LOKASI
 - EDUKASI PETUGAS → TANDA /STIKER KHUSUS
 - EDUKASI PASIEN DAN KELUARGA
- OBAT-OBATAN LOOK ALIKE SOUND ALIKE (LASA)

TAHAP PELAKSANAAN MEDICATION RECONCILIATION

MEMBUAT DAFTAR OBAT YG DIGUNAKAN PASIEN SEBELUM MASUK RS DENGAN AKURAT DAN KOMPLIT



MENGGUNAKAN DAFTAR OBAT TERSEBUT WAKTU MENULIS INSTRUKSI OBAT-OBATAN



MEMBANDINGKAN DAFTAR OBAT TERSEBUT DENGAN INSTRUKSI DOKTER → KETIKA PASIEN BARU DATANG , TRANSFER, ATAU MAU PULANG → *MENGIDENTIFIKASI PERBEDAAN , DAN MEMBUAT PERBEDAAN TSB → MENJADI PERHATIAN DOKTER DAN BILA PERLU MEMBUAT PERUBAHAN INSTRUKSI*

- **HASIL PENELITIAN : 30-70% ADA PERBEDAAN ANTARA OBAT YG DIGUNAKAN SEBELUM KE RS DG OBAT YANG DIRESEPKANDI RS (GLEASON, ET ALL,2004)**
- **SETELAH REKONSILISASI OBAT, MENURUNKAN ADVERSE DRUG EVENT 20% (tOKARSKI,2004)**

4. MENCEGAH SALAH ORANG, SALAH TEMPAT, SALAH PROSEDUR → TINDAKAN PEMBEDAHAN

MASALAH PEMBEDAHAN

- SALAH PASIEN
- SALAH LOKASI OPERASI
- SALAH PROSEDUR

- TERTINGGALNYA BENDA ASING DALAM
TUBUH PASIEN

PROTOKOL PENCEGAHAN (JCI): Salah Orang, Salah Lokasi, Salah prosedur/ Tindakan Operasi

- 1) PROSES VERIFIKASI PRE OPERASI
- 2) PENANDAAN (*MARKING SITE*) LOKASI OPERASI
- 3) *TIME OUT PRACTICE*

TERTINGGALNYA BENDA ASING

- SEBAGIAN BESAR DAPAT DIKELUARKAN DARI TUBUH PASIEN → SEMBUH TOTAL
- **MORTALITAS BERKISAR 11-35 %** → PERFORASI : USUS, KERUSAKAN ORGAN, SEPSIS , NYERI AKUT

150 kasus KTD (JCAHO)
terkait wrong-site ,wrong procedure, wrong
person surgery

- operasi tulang 41%
- operasi bedah umum 20%
- operasi bedah syaraf 14 %
- operasi bedah urologi 11%
- operasi lainnya

5. PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI

- Reduce the risk of health care -acquired infections
- Requirement : Comply with current CDC (Center for Disease Control) → hand hygiene guidelines

WHO : **CLEAN CARE IS
SAFER CARE**

“ **GETTING YOUR HANDS ON A
CULTURE OF SAFETY**”



JENIS INFEKSI/ HAIs

- **Infeksi Saluran Kemih** berhubungan dengan pemakaian kateter urine menetap
- **Infeksi Aliran Darah Primer** berhubungan dengan pemakaian kateter intravaskuler
- **Pneumonia** berhubungan dengan pemakaian ventilasi mekanik
- **Infeksi Luka Operasi** berhubungan dengan tindakan pembedahan

KEPATUHAN KEBERSIHAN TANGAN

- Media transmisi kuman patogen tersering di Rumah Sakit (Semmelweis, 1861),
- Penularan penyakit dari pasien ke pasien melalui tangan petugas (Boyce dan Larson 1995)
- Kebersihan tangan baik dan benar menurunkan insiden HAIs (Boyce dan Pittet 2002)
- Kegagalan kebersihan tangan menyebabkan multi resisten, wabah
- Angka kepatuhan yang diharapkan adalah 90 % (CDC – *recommmendations*)

HASIL PENELITIAN TENTANG KEPATUHAN CUCI TANGAN 200 TENAGA KESEHATAN, (Susanti Vivi, 2019)

- KEPATUHAN CUCI TANGAN DI RS X 42% :
 - 12 % TIDAK MEMAHAMI HUBUNGAN CUCI TANGAN DENGAN PENULARAN INFEKSI
 - 15 % BELUM MEMAHAMI METODE CUCI TANGAN DENGAN BAIK
 - 35 % FASILITAS CUCI TANGAN KURANG
 - 10 % KURANG SUPERVISI

6. MENURUNKAN CIDERA AKIBAT PASIEN JATUH

ALGORITME PENCEGAHAN JATUH

PASIEN BARU MASUK RS/PINDAH RUANG DG RISIKO JATUH

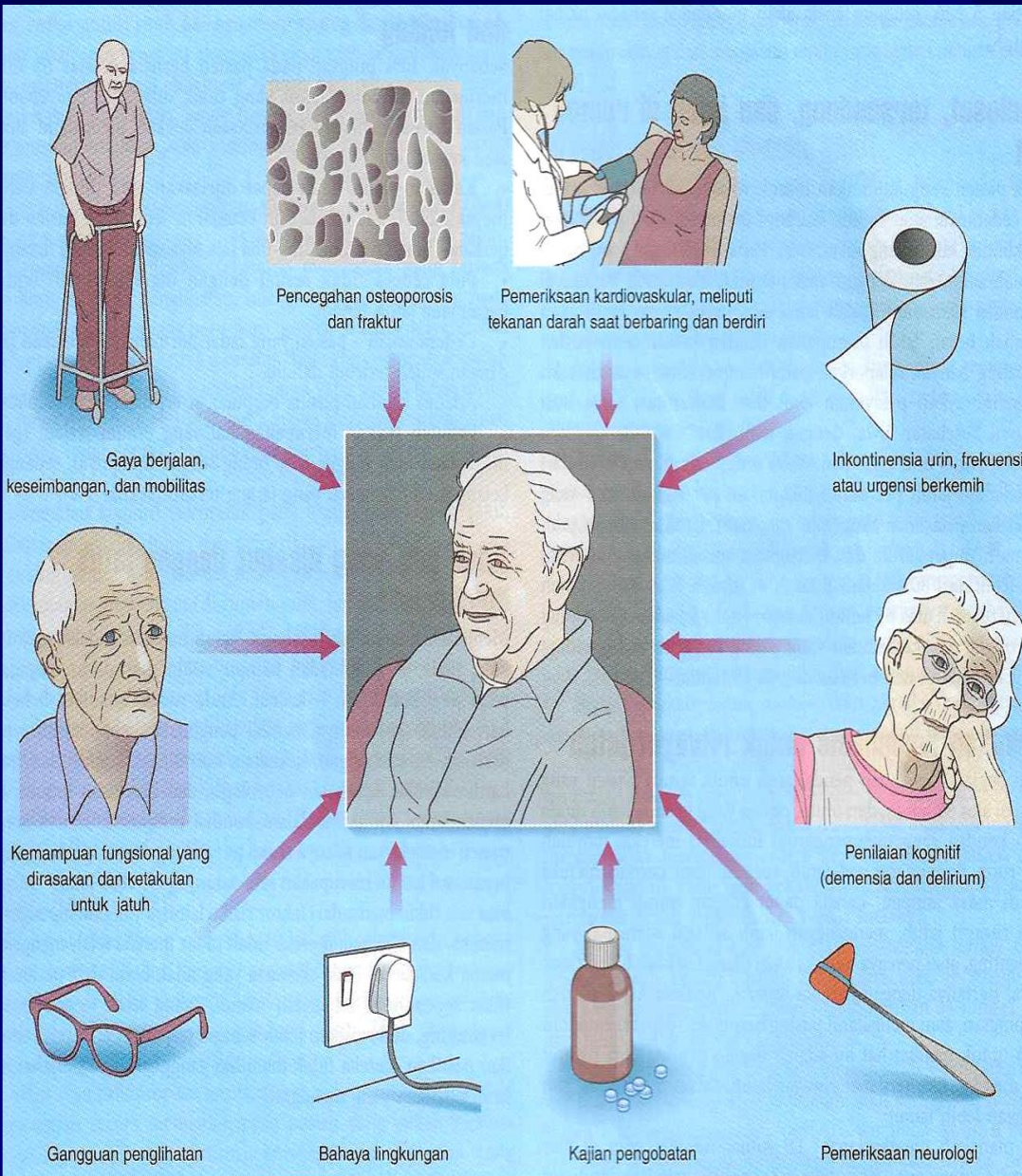
```
graph TD; A[PASIEN BARU MASUK RS/PINDAH RUANG DG RISIKO JATUH] --> B[ASESMEN TINGKAT RISIKO JATUH DENGAN MORS FALL SCALE ATAU HUMPTY DUMPTY]; B --> C[NILAI MFS < 45 (RESIKO RENDAH) ATAU NILAI HD (7-11) IMPLEMENTASIKAN UNIVERSAL FALL PRECAUTION]; B --> D[NILAI MFS > 45 (RESIKO TINGGI) ATAU NILAI HD (>12) IMPLEMENTASIKAN UNIVERSAL FALL PRECAUTION PLUS];
```

ASESMEN TINGKAT RISIKO JATUH DENGAN MORS FALL SCALE ATAU HUMPTY DUMPTY

NILAI MFS < 45 (RESIKO RENDAH) ATAU NILAI HD (7-11) IMPLEMENTASIKAN UNIVERSAL FALL PRECAUTION

NILAI MFS > 45 (RESIKO TINGGI) ATAU NILAI HD (>12) IMPLEMENTASIKAN UNIVERSAL FALL PRECAUTION PLUS

APA YANG HARUS DIPERHATIKAN



1. OBAT YANG DIGUNAKAN PASIEN → SIDE EFFECTS → JATUH
2. PENGLIHATAN PASIEN
3. PERHATIKAN PERUBAHAN STATUS MENTAL / PERILAKU PASIEN
4. SEPATU/ SANDAL YG TIDAK COCOK
5. LANTAI LICIN
6. TERLALU BANYAK FURNITUR
7. KEKURANGAN CAIRAN
8. TANGGA

HASIL PENELITIAN : PENERAPAN MANAJEMEN PENCEGAHAN RISIKO JATUH , 457 PERAWAT DI RS X (JULIA,2018)

- **Manajemen pencegahan risiko jatuh** ==> berpengaruh positif terhadap implementasi **keselamatan** pasien
- **Peran kepemimpinan kepala ruangan** ==> berpengaruh positif terhadap implementasi keselamatan pasien.
- **Pelatihan keselamatan pasien** ==> berpengaruh positif terhadap implementasi keselamatan pasien.
- **Peran kepemimpinan kepala ruangan** ==> berpengaruh positif terhadap penerapan manajemen risiko jatuh.
- **Pelatihan keselamatan pasien** ==> berpengaruh positif terhadap manajemen pencegahan resiko jatuh .

PENCEGAHAN PASIEN JATUH

- asesmen risiko
- perbaikan faktor lingkungan dan sarana
- pembuatan standar pengelolaan dan pemeriksaan rutin sarana
- peningkatan pelayanan kepada pasien :
 - eliminasi,
 - pemantauan medikasi,
 - masalah mobilitas penurunan status mental,
 - edukasi,
 - meningkatkan kondisi pasien