

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi Keselamatan

Keselamatan pasien merupakan bebas dari cedera fisik dan psikologis yang menjamin keselamatan pasien, melalui penerapan system operasional, meminimalisasi terjadinya kesalahan, mengurangi rasa tidak aman pada pasien dalam sistem perawatan kesehatan dan meningkatkan pelayanan yang optimal. (Hadi, 2017)

2.1.1. Tujuan Langkah keselamatan Pasien

Tujuan manajemen risiko ini untuk mengidentifikasi, mengevaluasi dan menurunkan risiko cedera medis bagi pasien serta menurunkan risiko kerugian bagi semua pihak yang terlibat dalam proses pelayanan kesehatan. Manajemen risiko bertujuan untuk mengurangi, mengeliminasi, meminimalisir kerugian agar pasien mendapatkan pelayanan yang berkualitas dan aman.

Tenaga kesehatan memiliki visi utama untuk menyelamatkan jiwa pasien dan memberikan pelayanan semaksimal mungkin. Meminimalisir kerugian tentu bukanlah esensi utama dari manajemen risiko. Maka, pelaksanaan manajemen risiko sejatinya merupakan suatu praktik yang harus dilakukan demi keselamatan pasien. Tenaga kesehatan (baik dokter, perawat dan tenaga kesehatan lain) berorientasi utama melaksanakan MRK demi terwujudnya keselamatan pasien di rumah sakit.

Pelaksanaan MRK dapat dilakukan sesuai dengan konteks yang ada baik secara individu maupun secara institusional. Masing- masing tenaga kesehatan mengupayakan MRK agar pasien sebagai individu tidak mengalami cedera. Agar pasien tidak mengalami komplikasi operasi, tim tenaga kesehatan bertugas melakukan identifikasi risiko dan mengelola risiko baik sebelum, selama, maupun sesudah

dilakukan operasi.(Rachmawati, Nunung, 2022)

2.1.2. Sasaran Keselamatan Pasien

Menurut (Rachmawati, Nunung, 2022) Sasaran pasien merupakan syarat yang harus diterapkan di semua rumah sakit yang telah terakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Penyusunan sasaran ini mengacu pada *Nine Life-Saving Patient safety Solution* dari WHO *Patient Safety* 2007, yang juga digunakan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI) dan dari *Joint Comission International* (JCI). Maksud dari sasaran keselamatan pasien adalah untuk mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien mencakup enam sasaran (Kemenkes, 2011), yakni:

1. Ketepatan Identifikasi Pasien

Sasaran pertama ini merupakan hal pertama yang penting diperhatikan seluruh tenaga medis. Identifikasi pasien haruslah tepat. Sebab, kesalahan dalam proses identifikasi pasien bisa saja terjadi, baik saat diagnosis maupun pengobatan. Kesalahan identifikasi ini bisa terjadi saat pasien sedang terbius, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat, pindah kamar atau faktor lain. Maka identifikasi pasien ini dilakukan dalam dua kali pengecekan. Pertama, identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan/pengobatan. Kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut.

Ada sedikitnya dua identitas pasien yang harus diidentifikasi, diantaranya nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas, pasien dengan bar-code, dan sebagainya.

Nomor kamar pasien dan lokasi tidak bisa digunakan dalam proses identifikasi pasien ini. Elemen penilaian sasaran identifikasi pasien ini meliputi:

- a. Pasien diidentifikasi dengan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar dan lokasi

- a. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah atau produk darah
- b. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis
- c. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan atau prosedur serta
- d. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi. Identifikasi pasien menjadi hal yang harus dipenuhi dan menjadi sasaran penting dalam *patient safety*. Sebab, tidak bisa dibayangkan jika petugas medis, perawat ataupun dokter melakukan kesalahan pengobatan dan prosedur medis pada pasien yang sebenarnya tidak membutuhkan tindakan itu. Misalnya, jika dalam praktiknya pindah kamar, memiliki nama yang sama atau hal-hal lain yang bisa memungkinkan terjadinya kesalahan identifikasi. Kesalahan identifikasi pasien bisa jadi akan menimbulkan sesuatu yang fatal, seperti adanya cedera medis ringan, sedang berat atau bahkan kehilangan nyawa.

2. Peningkatan Komunikasi Yang Efektif

Penggunaan komunikasi dan pemberian informasi yang efektif, efisien, akurat, lengkap, jelas dan dipahami oleh pasien akan mengurangi kesalahan dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat dilakukan melalui berbagai macam media, baik lisan, tulisan, maupun melalui media elektronik. Kesalahan terbanyak di dunia medis dalam komunikasi adalah komunikasi yang dilakukan secara lisan ataupun melalui telepon. Maka, suatu perintah medis (misalnya dari dokter ke perawat) memerlukan pencatatan kembali (di komputer). Setelah itu, diperlukan pemeriksaan kembali (*read back*) apakah perintah medis tersebut telah tepat adalah salah satu langkah tepat.

Sejumlah elemen yang harus dipenuhi dalam sasaran

komunikasi yang efektif adalah sebagai berikut.

- a. Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan lengkap oleh penerima perintah.
- b. Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
- c. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan.
- d. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

3. Peningkatan Keamanan Obat Yang Perlu Diwaspadai

Selain mendapatkan pelayanan kesehatan berupa tindakan dan perawatan, sejumlah pasien juga tidak akan lepas dari pemberian obat. Hal yang penting diperhatikan oleh petugas medis adalah kehati-hatian jika rencana pengobatan pasien jugalah mengharuskan adanya konsumsi obat-obatan. Maka, dalam manajemen *patient safety*, rumah sakit harus mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert*). Hal tersebut bertujuan tidak lain untuk menjaga komitmen rumah sakit dalam tanggung jawab keselamatan pasien.

Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadinya kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip, kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/ NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/LASA*).

4. Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat- Pasien Operasi

Kendati seluruh proses tindakan-pengobatan pasien sudah menjadi aktivitas rutin bukan lantas membuat tidak adanya kesalahan sama sekali dalam penanganan pasien, termasuk kesalahan lokasi, prosedur ataupun salah operasi. Salah lokasi, salah

prosedur dan pasien-salah pada operasi adalah kejadian mengkhawatirkan yang tidak jarang terjadi di rumah sakit. Tentunya, kesalahan ini bermula dari banyak faktor. Bisa disebabkan tidak adanya komunikasi yang efektif antar tim medis, tidak adanya penelaahan ulang catatan medis, tidak melibatkan pasien dalam penandaan lokasi yang akan dioperasi (*site marking*), pemakaian singkatan untuk instruksi tindakan ataupun permasalahan yang berhubungan dengan tidak terbacanya tulisan (*illegible handwriting*).

Rumah sakit juga perlu menerapkan verifikasi praoperatif, khususnya dalam tindakan operasi pada semua kasus. Penandaan lokasi operasi juga harus ada sampai akan dilakukan operasi dan dibuat oleh tim operasi atau orang yang akan melakukan tindakan medis. Penandaan lokasi operasi dilakukan di semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multiple struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau multivel level (tulang belakang).

Verifikasi pra-operatif juga penting dilakukan dengan sejumlah langkah diantaranya memverifikasi lokasi, prosedur dan pasien yang benar, memastikan semua dokumen maupun foto dipampang dan relevan serta verifikasi ketersediaan alat- alat yang diperlukan dalam tindakan sebelum melangsungkan operasi. Jangan sampai, ketika tengah atau sudah melakukan operasi, di tengah jalan diketahui bahwa pasien tertukar, salah atau adanya kesalahan lainnya. Sebab, hal tersebut tentu fatal. Tidak boleh terjadi pula di tengah jalannya operasi ternyata penandaan lokasi operasi salah, alat dan kebutuhan operasi tidak tersedia ataupun kesalahan-kesalahan lainnya.

Rumah sakit juga semestinya menerapkan tahapan sebelum insisi (*time out*) dimana dalam tahap itu dimungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. *Time out* dilakukan di tempat dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum memulai

tindakan dimulai yang melibatkan seluruh tim operasi. Misalnya, kebijakan ini direalisasikan dengan adanya *checklist* sebelum operasi yang harus diidentifikasi dan dicek satu persatu dalam sebuah tim operasi sebelum operasi dilakukan.

5. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi adalah tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan. Peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien ataupun profesional layanan kesehatan. Sebab, infeksi biasanya dijumpai dalam seluruh bentuk pelayanan kesehatan.. Termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream infection*) dan pneumonia yang sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis yang tidak memenuhi standar (Kemenkes, 2011).

Maka, sebagai solusi utama dan eliminasi segala macam infeksi di rumah sakit merupakan kebijakan mengenai cuci tangan (*hand hygiene*). Praktik cuci tangan pun harus dilakukan petugas medis, seluruh elemen rumah sakit dan pasien rumah sakit dengan tepat. Pedoman *hand hygiene* biasanya didapatkan di kepustakaan WHO. Setiap rumah sakit juga bisa mengembangkan kebijakan cuci tangan ini dengan dukungan nyata. Misalnya menempatkan sarana cuci tangan baik *wastafel* berikut sabun cuci tangan hingga meletakkan cairan berbasis alkohol (antiseptik) di setiap sudut ruangan yang dinilai dibutuhkan.

6. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Kasus pada pasien jatuh di rumah sakit ini dapat dinilai sebagai kejadian yang cukup berat dan memukul sebagai cedera bagi pasien rawat inap. Untuk itu, rumah sakit harus melaksanakan evaluasi secara aktif untuk mengidentifikasi apa saja faktor yang membuat pasien bisa saja jatuh. Misalnya faktor kebersihan rumah sakit atau kesalahan teknis petugas di rumah sakit. Evaluasi juga

termasuk melihat riwayat penyakit pasien, obat yang diberikan, gaya jalan hingga pada alat bantu jalan yang digunakan pasien tersebut. Setelah diidentifikasi dan dievaluasi, bisa diterapkan kebijakan demi pencegahan kasus pasien jatuh di rumah sakit. Keenam sasaran *patient safety* di atas adalah pedoman bagi instansi penyedia layanan kesehatan khususnya rumah sakit yang harus diterapkan dalam kebijakan demi terciptanya keselamatan pasien. Pelaksanaan sasaran keselamatan pasien ini juga telah disepakati sebagai acuan keselamatan pasien yang senantiasa dievaluasi. Bukan hanya evaluasi, keenamnya juga harus diterapkan berkaitan dengan penilaian Standar Keselamatan Pasien (SKP) yang biasanya disebut dengan akreditasi rumah sakit. Pelaksanaan akreditasi dilakukan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Maka, seluruh rumah sakit di Indonesia pun diwajibkan menepati enam sasaran tersebut demi terwujudnya keselamatan pasien.

2.2. Definisi Resiko Jatuh

Resiko diartikan sebagai kemungkinan, bahaya, kerugian; akibat yang kurang menyenangkan dari suatu perbuatan, usaha dan sebagainya (Poerwadarminta, 2011). Risiko juga dapat diartikan sebagai akibat yang kurang menyenangkan (merugikan, membahayakan) dari suatu perbuatan ataupun tindakan. (Rachmawati, Nunung, 2022)

Risiko adalah ketidakpastian baik berupa kerugian, masalah, maupun persoalan yang muncul atas suatu hal. Suatu risiko dapat muncul pada segala jenis profesi dan dalam seluruh aspek kehidupan. Misalnya para pengusaha, dokter, perawat, ibu rumah tangga dan mahasiswa sekalipun mempunyai risiko atas suatu hal yang dipilihnya. Risiko bisa ditemui dalam semua bidang kehidupan baik ekonomi, politik, sosial maupun kesehatan. (Rachmawati, Nunung, 2022)

Resiko jatuh merupakan dimana suatu kejadian yang dilaporkan penderita atau keluarga yang melihat kejadian, yang mengakibatkan seseorang mendadak terbaring, terduduk di lantai atau tempat yang lebih

rendah dengan atau tanpa kehilangan kesadaran atau luka). (Erika Dewi Noorratri , Ari Septi Mei Leni, 2020)

2.2.1. Faktor Resiko Jatuh

Faktor risiko merupakan sesuatu yang meningkatkan risiko atau kerentanan seseorang untuk jatuh, Faktor risiko jatuh dapat diklasifikasikan ke dalam dua kategori: faktor intrinsik dan ekstrinsik. Faktor risiko intrinsik, seperti umur/usia, riwayat jatuh, polifarmasi, dan penglihatan yang buruk, berasal dari dalam diri pasien. Faktor risiko ekstrinsik adalah faktor yang berhubungan dengan lingkungan dan berasal dari luar diri pasien. (Capital & Coast District Health Board, 2021)

1. Faktor Resiko Intrinsik

- a. Usia lanjut: Usia adalah salah satu faktor utama untuk jatuh, orang yang lebih tua dengan usia lebih dari 65 tahun dan anak-anak yang lebih muda memiliki risiko tertinggi untuk mengalami cedera serius akibat jatuh atau kematian.

Usia digolongkan menjadi:

- Masa remaja akhir (17-25 tahun)
 - Masa dewasa awal (26-35 tahun)
 - Masa dewasa akhir (36-45 tahun)
 - Masa lansia awal (46-55 tahun)
 - Lansia akhir >60 tahun
- b. Jenis kelamin: Di semua kelompok usia dan wilayah, kedua jenis kelamin memiliki risiko jatuh. Telah dicatat bahwa laki-laki lebih mungkin meninggal karena jatuh, sementara perempuan lebih sering mengalami jatuh yang tidak fatal. Wanita yang lebih tua dan anak-anak yang lebih muda sangat rentan terhadap jatuh dan peningkatan keparahan cedera.
 - c. Riwayat Jatuh: Pasien yang baru saja mengalami jatuh, seperti jatuh dalam tiga bulan terakhir, harus dianggap

memiliki risiko yang lebih besar untuk kemungkinan jatuh. Riwayat jatuh dapat menutupi pengaruh faktor penyebab jatuh sebelumnya. Hal ini dapat menjadi indikator dari masalah yang mendasari, misalnya, gangguan keseimbangan, yang merupakan agen penyebab yang sebenarnya. Karena kurangnya komunikasi antara pasien dan perawat selama pengkajian awal, serta ketidakmampuan perawat untuk menanyakan riwayat jatuh pasien, hal ini menyebabkan hilangnya informasi ini.

- d. Polifarmasi: yang dikenal sebagai peresepan beberapa obat secara bersamaan, telah dilaporkan sebagai salah satu penyebab utama jatuh di kalangan lansia. Risiko jatuh meningkat dengan penggunaan empat atau lebih obat.
- e. Obat-obatan Berisiko Tinggi: yang bekerja pada otak atau pada sirkulasi yang menyebabkan jatuh menyebabkan gejala-gejala seperti sedasi, dengan melambatnya waktu reaksi dan gangguan keseimbangan, hipotensi, termasuk hipotensi paroksismal, bradikardia, takikardia, atau periode asistol. Oleh karena itu, risiko jatuh meningkat pada pasien yang mengonsumsi obat yang menyebabkan hilangnya gaya berjalan dan kontrol keseimbangan. Obat penenang, antikonvulsan, benzodiazepin, penghambat ACE, agen anti-infeksi, obat antihistamin, dan obat kemoterapi meningkatkan risiko jatuh.
- f. Gangguan Mobilitas: Gangguan mobilitas fisik adalah ketidakmampuan untuk bergerak dengan sengaja di dalam lingkungan fisik yang meliputi ambulasi diri, mobilitas tempat tidur, berpindah dari kursi ke tempat tidur, rentang gerak yang terbatas, dan ketidakmampuan untuk melakukan gerakan yang secara kolektif akan menyebabkan kelemahan otot, penurunan kekuatan dan tenaga otot yang

menyebabkan jatuh dan cedera.

- g. Hipotensi Postural: atau hipotensi ortostatik adalah perubahan (penurunan) darah secara tiba-tiba akibat perubahan posisi atau postur tubuh karena akan menurunkan suplai darah ke organ-organ vital yang menyebabkan pusing dan pingsan yang berakibat jatuh.
- h. Ketajaman Visual: Fungsi penglihatan berubah dan memburuk seiring bertambahnya usia, terutama pasien lanjut usia yang menyebabkan penglihatan menjadi lebih buruk, tidak dapat melihat dengan jelas, atau mengalami kesulitan dengan perubahan cahaya yang tiba-tiba atau penglihatan kabur akibat silau, penglihatan ganda, diplopia, dan miopia, dan pada gilirannya akan meningkatkan risiko jatuh akibat hilangnya postur tubuh dan kontrol keseimbangan yang mengakibatkan jatuh.
- i. Inkontinensia Urin: kehilangan urin yang tidak disengaja, dapat diakibatkan oleh berbagai macam etiologi dan dapat memiliki dampak negatif yang signifikan terhadap kesehatan fisik, sosial, ekonomi, dan psikologis seseorang, terutama mobilitas fisik karena mengharuskan pasien untuk sering berpindah ke kamar mandi untuk berkemih yang berhubungan dengan gaya berjalan dan disfungsi keseimbangan yang menyebabkan berbagai kejadian jatuh di antara lansia yang dirawat di rumah sakit.
- j. Penggunaan Narkoba dan/atau Penggunaan Alkohol: Konsumsi alkohol pada dasarnya mengganggu penilaian, koordinasi, dan waktu reaksi seseorang terhadap rangsangan eksternal yang membahayakan pasien dan orang yang jatuh dan berisiko tinggi mengalami cedera permanen dan kematian.
- k. Disfungsi Kognitif: Orang yang mengalami kebingungan

(masalah ingatan atau berpikir) memiliki peningkatan risiko terjatuh saat berada di rumah sakit karena gangguan kognitif, penyakit fisik, dan berada di lingkungan yang tidak dikenal. Gangguan kognitif pasien mungkin disebabkan oleh demensia dan atau delirium.

- l. Demensia adalah istilah untuk sejumlah kondisi yang memengaruhi daya ingat, penilaian, komunikasi, dan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Penyakit Alzheimer adalah penyebab paling umum dari demensia. Delirium adalah kondisi akut dan mendadak
- m. Side rel adalah pagar pengaman yang menempel pada sisi tempat tidur

2. Faktor Resiko Ekstrinsik

- a. Pencapaian yang Buruk: menghadirkan sejumlah risiko serius terhadap keselamatan, karena bahaya di lorong dan jalan setapak mungkin tidak terlihat. Selain itu, benda-benda yang menghalangi, seperti produk dan perlengkapan, atau mungkin bahaya tersandung, seperti kabel listrik, tersangkut di karpet atau permadani, meningkatkan risiko tersandung, jatuh, terpeleset, dan cedera serius.
- b. Tangga yang curam: Semua jenis tangga pada dasarnya berbahaya karena orang telah jatuh di atasnya karena desain yang buruk atau lalai menggunakan pegangan tangan, menyebabkan cedera parah dan bahkan kematian. Sebagian besar kasus jatuh di tangga diakibatkan oleh terpeleset dan kehilangan keseimbangan secara tiba-tiba, seperti halnya jatuh di lantai.
- c. Karpet atau Permadani yang Longgar: Cedera jatuh yang terkait dengan permadani dan karpet sering terjadi dan dapat menyebabkan cedera yang berpotensi parah. Cedera jatuh yang sering terjadi adalah pada saat transisi antara

karpét/ permadani dan non-karpét/ permadani, di atas karpét atau permadani yang basah, dan ketika bergegas ke kamar mandi yang menyebabkan ketidakseimbangan dan hilangnya kontrol gaya berjalan yang berakibat pada jatuh.

- d. Lantai yang licin: merupakan penyebab utama tergelincir dan jatuh. Lantai yang licin karena air, lilin atau semir yang berlebihan atau tidak diaplikasikan dengan benar, atau karena akumulasi kelembapan yang terus menerus di kamar mandi adalah penyebab yang sering menyebabkan tergelincir dan jatuh.
- e. Alas Kaki atau Pakaian yang Tidak Pas: alas kaki yang tidak pas, dan fitur desain tertentu, seperti sepatu hak tinggi dan gaya backless, dapat mengganggu kontrol keseimbangan dan meningkatkan risiko jatuh.
- f. Kurangnya Peralatan Keselamatan: Jatuh yang terjadi di tangga atau di kamar mandi dikaitkan dengan risiko cedera yang tinggi di antara pasien yang dirawat di rumah sakit, karena banyak rumah sakit tidak memiliki infrastruktur dan kamar mandi yang dirancang dengan baik yang dilengkapi dengan pegangan, pegangan, rel samping, perangkat pendukung yang memadai. Kurangnya hal ini secara signifikan terkait dengan jatuh dan cedera parah dan terkadang kematian.
- g. Lampu atau Jendela yang Tidak Dapat Diakses: Lampu dan jendela yang tidak dapat diakses terkadang menjadi penyebab umum jatuh dan cedera karena pasien mencoba mengakses dan membuka jendela dan pintu menggunakan berbagai meja dan kursi di sekitarnya yang mengakibatkan pasien tergelincir dan kehilangan keseimbangan yang menyebabkan cedera parah dan jatuh.
- h. Lingkungan Baru: Pasien dirawat di rumah sakit, yang

merupakan lingkungan yang sangat baru dan tidak dikenalnya. Kurangnya orientasi yang tepat dan edukasi pasien mengenai kebutuhan dan fasilitas secara signifikan membahayakan pasien untuk potensi cedera dan jatuh di rumah sakit.

2.2.2. Elemen Resiko Jatuh

Menurut (Wiwik Utami, Sri Mulyani, Herlin Yuliatin, 2023) elemen untuk melakukan evaluasi resiko jatuh meliputi :

1. Melakukan pengkajian resiko jatuh pada pasien yang dirawat di RS.
2. Melakukan tindakan untuk mengurangi atau menghilangkan resiko jatuh.
3. Memberikan tanda bila pasien berisiko jatuh dengan gelang warna kuning, dan kode jatuh yang telah ditetapkan oleh manajemen.

2.2.3. Tujuan Patient Safety

Tujuan *patient safety* menurut (Wiwik Utami, Sri Mulyani, Herlin Yuliatin, 2023)

1. Terciptanya budaya keselamatan pasien dirumah sakit.
2. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
3. Menurunnya angka insiden keselamatan pasien di rumah sakit.
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

2.2.4. Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Menurut (Wiwik Utami, Sri Mulyani, Herlin Yuliatin, 2023) ada tujuh langkah menuju keselamatan pasien dirumah sakit yang bisa kita lakukan, diantaranya adalah :

1. Bangun kesadaran diri akan nilai keselamatan pasien.
2. Pimpin dan dukung staf.
3. Integrasikan aktivitas pengelolaan risiko.

4. Kembangkan sistem pelaporan.
 5. Libatkan dan berkomunikasikan dengan pasien.
 6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
- Sistem pencatatan dan pelaporan adalah salah satu elemen penting yang dibutuhkan dalam manajemen *patient safety*. *The National Patient Safety Agency* (NPSA) bahkan menempatkan pencatatan dan pelaporan sebagai salah satu.

2.2.5. Definisi Pencatatan Dan Pelaporan Insiden Patient Safety

Dari tujuh langkah menuju keselamatan pasien. (Wiwik Utami, Sri Mulyani, Herlin Yuliatin, 2023)

1. Tujuan pencatatan dan pelaporan *incident patient safety*

Tujuan umum dari pelaksanaan pelaporan insiden adalah menurunnya insiden keselamatan pasien (KTD, KNC, KTC dan KPC) serta meningkatkan mutu dan pelayanan keselamatan pasien. Pelaporan insiden keselamatan pasien juga memiliki tujuan khusus baik bagi rumah sakit maupun bagi KKPRS. Di rumah sakit, pelaporan insiden bertujuan untuk dapat terlaksananya sistem pelaporan dan pencatatan insiden keselamatan pasien dan mengetahui penyebab insiden keselamatan pasien hingga diketahui akar masalahnya. Pelaporan insiden juga bertujuan untuk mendapatkan pembelajaran demi perbaikan asuhan pada pasien agar dapat mencegah kejadian yang sama terulang lagi.

2. Jenis-jenis insiden

- a. Kondisi Potensial Cedera (KPC) - *Reportable Circumstance*, yaitu kondisi/ situasi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) - *Near miss*, yaitu terjadinya insiden yang belum terpapar ke pasien dan pasien tidak cedera.

- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC) - *No harm incident*, yaitu insiden sudah terpapar ke pasien, tetapi pasien tidak cedera.
- d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) - *Adverse event*, yaitu insiden yang mengakibatkan pasien cedera.
- e. Kejadian Sentinel, yaitu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera serius.

2.3. Cara Mencegah Terjadinya Jatuh Pada Pasien

Pencegahan dilakukan berdasarkan atas faktor risiko apa yang dapat menyebabkan jatuh seperti faktor neuromuskular, muskuloskeletal, penyakit yang sedang diderita, pengobatan yang sedang dijalani, gangguan keseimbangan dan gaya berjalan, gangguan visual, ataupun faktor lingkungan. dibawah ini akan di uraikan beberapa metode pencegahan, yaitu:(Karisma, 2021)

1. Bantu pasien dalam beraktivitas dan jangan ditinggal sendiri.
2. Jangan memakai sandal yang alasnya licin
3. Memakai celana/rok/sarung diatas tumit.
4. Jalur pasien berjalan harus bebas hambatan dan tidak licin.
5. Lengkapi pasien dengan alat bantu seperti kacamata atau tongkat penopang.
6. Merendahkan, tidur, mengunci roda tempat tidur dan memasang palang/pagar tempat tidur.
7. Menggunakan restrain bila perlu.

2.4. Penanganan Jatuh

1. Segera di tolong.
2. Pindahkan dengan hati-hati ke tempat yang aman.
3. Laporkan kepada KKPRS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit).

2.5. Definisi Instalasi Bedah Sentral/Kamar operasi

Operasi merupakan salah satu komponen rumah sakit maupun lembaga penyedia layanan kesehatan yang sangat vital. Berdasarkan Kamus Bahasa Indonesia (KBBI) versi daring, operasi berarti sebuah tindakan bedah, bedel (untuk mengobati penyakit).(Rachmawati, Nunung, 2022)

Ruang operasi merupakan sebuah lokasi di rumah sakit sebagai tempat berlangsungnya tindakan operasi oleh tim dokter yang bertugas. Sejumlah komponen yang menjadi hal yang tidak dapat terpisahkan dari ruang operasi adalah tim pelaksana (terdiri dari dokter, perawat, ahli anastesi, dan sebagainya) yang terlibat dalam sebuah operasi. Komponen lain yang penting misalnya petugas medis pengoperasian alat-alat medis saat berjalannya tindakan.(Rachmawati, Nunung, 2022)

Risiko kecelakaan medis sangat tinggi, apalagi jika dalam pelaksanaannya tim medis tidak mengikuti standar prosedur operasional (SOP) yang telah ditetapkan.(Rachmawati, Nunung, 2022)

2.6. General Anestesi

Pilihan untuk anestesi meliputi anestesi umum, anestesi regional, dan perawatan anestesi yang dipantau (*monitored anesthesia care, MAC*). Ada beberapa perdebatan tentang definisi klinis anestesi umum, termasuk komponen komponennya, yaitu imobilitas, amnesia, analgesia, dan keamanan pasien. *American Society of Anesthesiologists (ASA)* menjelaskan anestesi umum sebagai "kehilangan kesadaran yang disebabkan oleh obat, meskipun pasien menerima rangsangan, bahkan dengan rangsangan yang menyakitkan. Anestesi umum modern melibatkan pemberian kombinasi obat-obatan, seperti obat-obatan hipnotik, obat penghambat neuromuskular, dan obat analgesic (N. Margareta Rehatta, Elizeus Hanindito, Aida R Tantri, Ike S. Redjeki, R.F. Soenarto, D. Yulianti Bisri, A.M. Takdir Musba, 2019)

2.7. Definisi Ruang Post Anesthesia Care Unit (PACU)

Unit perawatan pascaanestesi (*post-anesthesia care unit, PACU*), dirancang dan dikelola untuk memantau dan merawat pasien yang baru pulih dari efek fisiologis akut dari anestesi dan pembedahan. Perawatan PACU mencakup transisi dari anestesi di ruang operasi ke pemantauan kurang akut

di bangsal rumah sakit dan. Dalam beberapa kasus, pulihnya fungsi independent pasien di rumah. PACU juga menyediakan perawatan kritis untuk pasien ketika tidak ada unit perawatan intensif di rumah sakit tersebut. Untuk melayani periode transisi yang unik ini, PACU harus dilengkapi dengan alat untuk memantau dan memperbaiki hemodinamik pasien yang tidak stabil, dan secara Bersamaan menyediakan lingkungan yang tenang untuk "pemulihan" dan kenyamanan pasien yang stabil. Ruang operasi dan PACU berada dalam jarak yang dekat sehingga dokter spesialis anestesiologi dan perawat bedah memiliki akses cepat ke pasien pascabedah: Periode emergensi dari anestesi mempunyai beberapa masalah yang terkadang bisa mengancam jiwa, Fasilitas dan tenaga medis yang ada di PACU harus memenuhi syarat, sehingga masalah- masalah yang terjadi segera dikenali dan dapat diatasi. Bagi seorang dokter spesialis anestesiologi, keterlibatan dalam mengoptimalkan pemulihan yang aman pascaanestesi merupakan hal penting pada saat perioperatif. PACU memiliki dua tujuan; tujuan pertama adalah untuk meningkatkan kualitas hidup setelah perawatan anestesi, sedangkan tujuan kedua adalah menurunkan kejadian yang tidak diinginkan pasca bedah.(N. Margaretta Rehatta, Elizeus Hanindito, Aida R Tantri, Ike S. Redjeki, R.F. Soenarto, D. Yulianti Bisri, A.M. Takdir Musba, 2019)

American Society of Anesthesiologists (ASA) pada tahun 2004 mengembangkan sebuah pedoman standar untuk layanan pascaanestesi. Standar ini berlaku untuk PACU di seluruh dunia. Dokter spesialis anestesiologi dapat mengembangkan layanan PACU di rumah sakit mereka melampaui standar yang telah ditentukan oleh ASA. Standar ini dimaksudkan untuk mendorong layanan yang berkualitas. Berdasarkan standar ini, PACU didefinisikan sebagai sebuah area yang memberikan perawatan pascaanestesi yang sebanding (sebagai contoh, unit perawatan intensif operasi) seharusnya tersedia untuk menerima pasien setelah perawatan anestesi. Semua pasien yang mendapatkan perawatan anestesi seharusnya dimasukkan ke PACU, kecuali jika ada permintaan khusus dari dokter spesialis anestesiologi yang bertanggung jawab untuk perawatan

pasien (N. Margaretta Rehatta, Elizeus Hanindito, Aida R Tantri, Ike S. Redjeki, R.F. Soenarto, D. Yulianti Bisri, A.M. Takdir Musba, 2019)

2.7.1. Pemulihan Dari Anestesi Umum

Ada pasien yang menjalani anestesi umum, patensi jalan napas, tanda-tanda vital, oksigenasi, dan tingkat kesadaran harus dinilai segera setelah kedatangan di PACU. Tanda vital dinilai setidaknya setiap 5 menit selama 15 menit pertama atau hingga stabil, dan setiap 15 menit sesudahnya. Pemantauan tambahan termasuk penilaian nyeri, mual/muntah, status cairan, dan perdarahan (N. Margaretta Rehatta, Elizeus Hanindito, Aida R Tantri, Ike S. Redjeki, R.F. Soenarto, D. Yulianti Bisri, A.M. Takdir Musba, 2019)

Setelah tanda-tanda vital awal telah dicatat, penyedia anestesi harus melaporkan kepada perawat PACU mencakup: (1) riwayat preoperatif yang relevan (termasuk status mental dan masalah komunikasi apa pun, seperti bahasa hambatan, ketulian, kebutaan, atau cacat mental); (2) intraoperatif yang bersangkutan dengan kejadian (jenis anestesi, prosedur pembedahan, kehilangan darah, penggantian cairan, antibiotik dan pemberian obat lain yang relevan, dan komplikasi) (3) masalah pasca bedah yang diperkirakan; (4) kebutuhan yang diantisipasi yang dipacu, seperti beberapa obat (contohnya antibiotik); dan (5) perawatan pasca anestesi instruksi pasca bedah meliputi terapi analgesia dan mual/muntah. (N. Margaretta Rehatta, Elizeus Hanindito, Aida R Tantri, Ike S. Redjeki, R.F. Soenarto, D. Yulianti Bisri, A.M. Takdir Musba, 2019)

2.7.2. Permasalahan di PACU

Menurut (N. Margaretta Rehatta, Elizeus Hanindito, Aida R Tantri, Ike S. Redjeki, R.F. Soenarto, D. Yulianti Bisri, A.M. Takdir Musba, 2019) Berbagai gangguan fisiologis yang mempengaruhi system organ yang harus diwaspadai dan di tatalaksanakan di PACU selama pemulihan pasca anestesi dan pembedahan. Beberapa Gangguan fisiologis yang timbul selama perawatan di PACU:

Obstruksi jalan nafas akut, Arterial hypoxemia, Hipoventilasi, Hipotensi/hipertensi, Disritmia, Oliguria, Perdarahan, Penurunan suhu tubuh (hipotermi), Lambat sadar, Mual dan muntah, Nyeri.

2.8. Pulih Sadar

2.8.1. Definisi

Pulih sadar merupakan periode di mana pasien masih mendapatkan pengawasan dari ahli anestesi setelah pasien meninggalkan meja operasi. Pulih sadar merupakan bangun dari efek obat anestesi setelah proses pembedahan dilakukan. Pulih sadar dari anestesi umum dapat didefinisikan sebagai suatu kondisi tubuh dimana konduksi neuromuskular, refleks protektif jalan nafas dan kesadaran telah kembali setelah dihentikannya pemberian obat-obatan anestesi dan proses pembedahan juga telah selesai (Mamuasa, Mendri, & Ermawan, 2018).

1. Aldrette score (dewasa)

Aldrete score merupakan kriteria yang menyatakan stabil atau tidaknya pasien setelah anestesi yang diukur meliputi pengukuran kesadaran, aktivitas, respirasi, sirkulasi (tekanan darah, laju pernafasan), dan warna kulit. Skor yang diperoleh dari kriteria Aldrete score ini berkisar 1- 10. Pasien akan dinilai saat masuk ke *Recovery Room*, setelah itu dinilai kembali setiap 5 menit sekali secara berkala kemudian skor total akan dihitung dan dicatat pada catatan penilaian Pasien dengan skor kurang dari 8 harus tetap berada di *Recovery Room* sampai kondisi membaik atau bisa juga dipindahkan ke bagian perawatan intensif, tergantung pada nilai dasar pra-operasi pasien dan apabila pasien yang mendapatkan nilai skor 8 atau lebih dapat dibawa ke ruang perawatan. (Veterini, 2020).

Parameter	Skor
Aktivitas Motorik:	
• Seluruh ekstremitas dapat digerakkan	2
• Dua ekstremitas dapat digerakkan	1
• Tidak dapat bergerak	0
Respirasi:	
• Dapat bernapas dalam dan batuk	2
• Dangkal namun pertukaran udara adekuat	1
• Apneu atau obstruksi	0
Sirkulasi:	
• Tekanan darah menyimpang < 20 mmHg dari tekanan darah pre anestesi	2
• Tekanan darah menyimpang 20-50 mmHg dari tekanan darah pre anestesi	1
• Tekanan darah menyimpang >50 mmHg dari tekanan darah pre anestesi	0
Kesadaran:	
• Sadar, siaga, orientasi	2
• Bangun namun cepat kembali tertidur	1
• Tidak berespon	0
Saturasi Oksigen:	
• SaO ₂ >90% dengan oksigen ruangan	2
• SaO ₂ >90% dengan oksigen tambahan	1
• SaO ₂ <90% dengan oksigen tambahan	0

Jika jumlahnya > 8, penderita dapat dipindahkan ke ruangan

Gambar 2. 1 Aldrette score

Sumber: KEPMENKES RI NO.779/Menkes/SK/VIII/2008, tentang pelayanan anestesiologi dan reanimasi di rumah sakit.

2. Steward score (anak)

Steward score merupakan tindakan yang dilakukan untuk mengukur pasien anak dengan kriteria >5 bisa dipindahkan (Hadi, 2017)

Penilaian	Kriteria	Skor
Pergerakan	Gerak bertujuan	2
	Gerak tak bertujuan	1
	Tidak bergerak	0
Pernafasan	Batuk, menangis	2
	Pertahankan jalan nafas	1
	Perlu bantuan	0
Kesadaran	Menangis	2
	Bereaksi terhadap rangsangan	1
	Tidak bereaksi	0

Gambar 2. 2 Steward score

Sumber: KEPMENKES RI NO.779/Menkes/SK/VIII/2008, tentang pelayanan anestesiologi dan reanimasi di rumah sakit.

2.9. Penilaian Resiko Jatuh

Penilaian resiko jatuh di ruang PACU dengan menggunakan skala fall morse scale, humpy dumpty.

1. Skala morse fall scale (umur 19- 60 tahun)

FAKTOR RISIKO	SKALA	POIN	SKOR
Rwayat jatuh	Ya	25	
	Tidak	0	
Diagnosis sekunder (≥ 2 diagnosis medis)	Ya	15	
	Tidak	0	
Alat bantu	Berpegangan pada gerobot / Tongkat / alat penopang	30	
	Tidak ada / kursi roda / perawat / tahu berang	15	
	Tidak ada / kursi roda / perawat / tahu berang	0	
Terdapat intus	Ya	20	
	Tidak	0	
Gaya berjalan	Tenganga	20	
	Lemah	10	
	Normal / tahu berang / mobilisasi	0	
Status mental	Sering lupa akan ketertarikan yang disebabkan	15	
	Sadar akan kemampuan diri sendiri	0	

Gambar 2. 3 Morse fall scale

Sumber : panduan resiko jatuh 2022

Tidak berisiko: 0-24

Risiko rendah: 25-50

Risiko tinggi: >51

2. Skala humpy dumpty (umur <3-18 tahun)

SKALA RISIKO JATUH HUMPTY DUMPTY UNTUK PEDIATRI				
Parameter	Kriteria	Nilai	Skor	
Usia	< 3 tahun	4		
	3 – 7 tahun	3		
	7 – 12 tahun	2		
	≥ 13 tahun	1		
Anamnesis	Lain-lain	2		
	Persepsi	1		
Diagnosis	Diagnosis neurologi	4		
	Perubahan fisiologi (diagnosis respiratori, defisiensi, anemia, asidosis, sepsis, preeklamsia, dll)	3		
	Gangguan perilaku / psikologi	2		
	Diagnosis lainnya	1		
Gangguan kognitif	Tidak menyadari ketertarikan dirinya	3		
	Lupa akan adanya ketertarikan	2		
	Orientasi tidak terdapat diri sendiri	1		
Faktor lingkungan	Risiko jatuh / bayi diletakkan di tempat tidur dewasa	4		
	Pasien menggunakan alat bantu / bayi diletakkan dalam tempat tidur bayi / perawat rasah	3		
	Pasien diletakkan di tempat tidur	2		
	Area di luar rumah sakit	1		
Pemeriksaan/ tindakan/ asuhan	Dalam 30 jam	3		
	Dalam 48 jam	2		
	> 48 jam atau tidak menerima pemeriksaan/tindakan/asuhan	1		
Penggunaan medikamentosa	Penggunaan medikasi: opioid, obat hipnotik, barbiturat, fenotiazin, antidepresan, pencahar, diuretik, narkosa	3		
	Penggunaan salah satu obat di atas	2		
	Penggunaan medikasi lainnya / tidak ada medikasi	1		
Jumlah Skor Humpty Dumpty				

Skor penilaian risiko jatuh: (skor minimum 7, skor maksimum 28)

- Skor 7-13: risiko rendah

- Skor 14-28: risiko tinggi

Gambar 2. 4 Skala humpy dumpty

Sumber: pandun resiko jatuh 2022

2.8. Penelitian Terdahulu

Tabel 2. 1 Penelitian terdahulu

No.	Judul	Metode penelitian	Persamaan	Perbedaan	kesimpulan
1.	Praktek keselamatan pasien bedah dirumah sakit daerah (Tirtabayu Hasri et al., 2021)	Metode penelitian ini kuantitatif deskriptif dengan desain cros sectional	Terdapat persamaan pada metode kuantitatif deskriptif dan sama-sama menggambarkan pada pasien resiko jatuh	perbedaan pada penelitian ini lokasi penelitian, alat ukur, desain, sampel pasien anestesi umum elektif dan emergensi sedangkan pada penelitian ini pada pasien elektif	kesimpulan hasil dari keselamatan pasien, peneliti Terdapat 18,37 % pasien dengan bedah elektif, bahwa rumah sakit ini blum menerapkan praktik-praktik yang akan meningkatkan keselamatan pasien yang menjalani pembedahan
2.	penerapan perioperatif Care pada diagnosa cholelitiasis dengan tindakan operasi kolesistektomi laparatomi (Irgi Biantara et al., 2023)	metode penelitian ini kualitatif dengan case report	Terdapat persamaan di bagian ruang post anestesi care unit untuk mencegah resiko jatuh	Perbedaan pada penelitian ini yaitu, metode, cara ukur, penelitian diruang pra, intra, post anesthesi, dan pada pasien cholelitiasis saja, sedangkan pada penelitian ini diruang post saja dan semua diagnosa dengan tindakan general anestesi	kesimpulan hasil dari pada tahapan post-operatif pasien diberikan tindakan untuk mengurangi resiko jatuh serta mengontrol nyeri saat efek anestesi telah hilang terdapat hasil 50%. Pengumpulan data yang dilakukan penulis dengan cara melakukan pengkajian meliputi memperkenalkan diri dan membina hubungan saling percaya (BHSP) serta menjelaskan tentang penerapan yang dilakukan terhadap responden, memberikan informasi tentang penerapan dan meminta kesediaan pasien terlibat dalam intervensi.