

BAB II

LANDASAN TEORI

A. TENAGA PERAWAT

1. Definisi

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 17 tahun 2013 Perawat adalah seorang yang telah lulus pendidikan perawat baik di dalam maupun di luar negeri sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Perawat dapat menjalankan praktik keperawatan di fasilitas pelayanan kesehatan yang meliputi pelayanan kesehatan di luar praktik mandiri dan / atau praktik mandiri (Permenkes, 2013). Perawat merupakan Sumber Daya Manusia (SDM) yang penting di Rumah Sakit karena performa perawat sendiri sangat memiliki peran penting untuk menentukan kualitas pelayanan Rumah Sakit (Faramita dan Winarni, 2015)

Menurut *International Council of Nurses* (2002) perawat merupakan seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan keperawatan dan disahkan oleh badan otoritas keperawatan di negaranya. Sedangkan keperawatan sendiri merupakan perawatan otonom dan kolaboratif kepada individu di seluruh usia, keluarga, dan juga kelompok atau komunitas dalam keadaan sakit maupun dalam berabagai kondisi.

2. Perawat Kamar Bedah

Perawat kamar bedah secara historis diartikan sebagai perawat yang memberikan asuhan klinis kepada pasien selama intraoperasi di kamar operasi, namun secara tanggung jawab tugas perawat kamar bedah diperluas untuk merawat pasien bedah pre operasi hingga periode pasca operasi. Perawat kamar bedah dalam tugasnya dibagi menjadi ke dalam beberapa peran, diantaranya adalah peran manajer atau perawat kepala ruang dan praktisi klinis yaitu perawat asisten operator, perawat instrument, dan perawat sirkular (Danjuma, 2016).

Menurut Association of Perioperative Registered Nurses (AORN), perawat perioperatif atau perawat kamar bedah merupakan perawat yang mengembangkan rencana keperawatan pasien yang menjalani operasi dan mengkoordinasikan tindakan keperawatan serta tindakan invasif lain yang akan diterima oleh pasien. Dalam menjalankan tugasnya, seorang perawat kamar bedah menggunakan standar, pengetahuan, penilaian, dan keterampilan yang berdasarkan pada prinsip-prinsip asuhan keperawatan secara ilmiah (AORN, 2015).

Perawat kamar bedah memiliki peran yang sangat penting terhadap manajemen keselamatan pasien dan pencegahan insiden keselamatan pasien di kamar operasi, hal ini dikarenakan perawat

kamar bedah memiliki proporsi yang sangat besar dalam hal pelayanan terhadap pasien bedah. Dalam perannya dibidang keselamatan pasien kamar operasi, perawat kamar bedah dipengaruhi oleh beberapa aspek, diantaranya adalah pengetahuan, beban kerja, kecukupan, serta keterampilan dan praktik kerja sebagai perawat kamar bedah (Labrague, et al., 2012).

3. Kecukupan Perawat Kamar Bedah

Perawat kamar bedah atau perawat perioperatif dibagi ke dalam beberapa peran, yaitu peran sebagai manajer dimana kedudukan ini dipegang oleh perawat kepala ruang. Perawat kamar bedah juga berperan sebagai praktisi klinis yang berperan pada sebuah operasi, dimana dalam sebuah operasi harus mencakup perawat asisten operator, perawat instrumen, dan juga perawat sirkuler. Selain itu, perawat kamar bedah juga berperan sebagai pendidik dan juga seorang peneliti (Danjuma, 2016).

Perawat yang bertugas sebagai praktisi klinis di kamar operasi terdiri dari perawat asisten operator, perawat instrumen, dan juga perawat sirkuler. Selain itu di beberapa negara seperti Amerika Serikat dan sebagian negara-negara di benua Eropa memiliki seorang perawat anestesi yang bekerja di kamar operasi. Perawat anestesi ini bertugas menyiapkan peralatan anestesi dan juga melakukan pengawasan

terhadap pasien selama operasi dilaksanakan. Namun dalam melaksanakan tugasnya, seorang perawat anestesi harus dibawah supervisi dari seorang dokter ahli anestesi (Lemos, et al., 2016).

Kualitas dari sebuah pelayanan keperawatan dipengaruhi oleh beberapa aspek, yaitu kualitas dari tenaga perawat itu sendiri dan juga kualitas dari sarana dan prasaran yang menunjang sebuah pelayanan keperawatan. Kualitas dari seorang tenaga perawat juga dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu beban kerja perawat dan juga jumlah atau kecukupan perawat dalam suatu instalasi pelayanan keperawatan (Hendianti, et al., 2012).

4. Keterampilan Perawat Kamar Bedah

Dalam penyelenggaraan sebuah upaya pelayanan di sebuah rumah sakit, pelayanan sebuah instalasi terutama instalasi bedah sentral atau kamar operasi merupakan pelayanan yang sangat kompleks dan memberikan kontribusi yang sangat besar pada kesembuhan pasien. Peran perawat kamar bedah dalam sebuah operasi sangatlah berpengaruh terhadap kesembuhan pasien. Sehingga dalam sebuah operasi dimana perawat berinteraksi langsung dengan pasien, perawat dituntut bekerja secara professional (Hariyono, et al., 2009).

Berdasarkan pada Standar Pelayanan Keperawatan Kamar Bedah di Rumah Sakit oleh Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan

dan Keteknisian Medik Kementerian Kesehatan RI tahun 2011, Keterampilandiari tenaga perawat kamar bedah meliputi sebagai berikut:

a. Perawat Instrumen:

- 1) Mampu menyiapkan pasien untuk tindakan operasi (kelengkapan data dan kondisi pasien pre operasi).
- 2) Mampu melakukan *standard precaution* (pencegahan dan penendalian infeksi).
- 3) Mampu menyiapkan lingkungan kamar bedah.
- 4) Mampu menyiapkan instrument bedah, linen, dan persediaan alat kesehatan
- 5) Mampu mengendalikankestabilan emosi.
- 6) Mampu melaksanakan prosedur *patient safety*.

b. Perawat Sirkuler:

- 1) Mampu sebagai perawat *scrub nurse*.
- 2) Mampu menyiapkan pasien untuk memasuki area semi ketat / ruang induksi.
- 3) Mampu bekerja sama dengan tim bedah.
- 4) Mampu memantau kesadaran pasien dan hemodimik serta keseimbangan cairan pasien.

- 5) Mampu menyiapkan dan mengantisipasi kekurangan peralatan serta bahan habis pakai dalam waktu yang cepat.
- 6) Mampu melakukan persiapan pasien operasi.
- 7) Mampu melakukan supervise dan pembelajaran klinik, serta memberikan saran dan bimbingan.
- 8) Mampu memfasilitasi komunikasi antara team bedah dan pasien.
- 9) Memiliki kemampuan kepemimpinan.

c. Perawat Asisten

- 1) Mampu menjadi perawat sirkuler.
- 2) Mampu menjadi asisten operator dalam melakukan tindakan operasi.
- 3) Memiliki kemampuan teknik aseptik anti septik.
- 4) Mampu melakukan persiapan pasien operasi.
- 5) Memahami anatomi dasar tubuh serta fisiologi penyembuhan luka yang berhubungan dengan prosedur pembedahan.

d. Perawat Kepala Ruangan:

- 1) Mampu mengelola pelayanan keperawatan di kamar bedah.
- 2) Mampu mengkoordinasikan antara pasien, tim bedah, dan tim anestesi.
- 3) Mampu menyusun rencana kebutuhan tenaga (SDM) dan sarana prasarana kamar bedah.

- 4) Mampu menyusun Standar Prosedur Operasional (SPO).
- 5) Mampu melakukan pengawasan, pengendalian, dan penilaian/ evaluasi.
- 6) Memiliki kemampuan kepemimpinan.
- 7) Mampu melakukan tindakan supervise, memberikan saran, serta bimbingan.

B. KESELAMATAN PASIEN

1. Definisi

Keselamatan pasien di rumah sakit merupakan suatu sistem dimana rumah sakit menciptakan asuhan pasien yang lebih aman. Dimana hal tersebut meliputi beberapa hal, diantaranya adalah asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh pelaksanaan suatu tindakan, atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya (menkes, 2011)

Secara sederhana keselamatan pasien didefinisikan sebagai usaha untuk menghindari serta mencegah kejadian yang tidak diharapkan atau keadaan cedera yang diperoleh dari proses layanan kesehatan (Vincent, 2011)

Keselamatan pasien di rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit menciptakan asuhan pasien yang lebih aman. Sistem keselamatan pasien tersebut haruslah meliputi asesmen risiko serta identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien (Mulyana, 2013).

2. Sasaran Keselamatan Pasien

Masalah keselamatan pasien merupakan hal sangat penting yang harus diterapkan di sebuah rumah sakit. Maka dari itu sangat diperlukan sebuah regulasi tentang keselamatan pasien. Regulasi tentang keselamatan pasien tersebut merujuk pada Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) nomor 1691 pada tahun 2011 tentang keselamatan pasien di Rumah Sakit (Arifianto, 2017)

Berdasarkan Peraturan Menteri kesehatan republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit dijelaskan bahwa setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien. Selain itu dijelaskan pula bahwa setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien (Menkes, 2011).

Enam sasaran keselamatan pasien yang mengacu pada Nine Life-Saving Patient Safety Solution dari WHO Patient Safety (2007) yang digunakan juga oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit

PERSI (KKPRS PERSI) dan juga oleh Joint Commission International (JCI) yang diadopsi oleh (Mulyana 2013) adalah sebagai berikut:

a. Sasaran I: Ketepatan Identifikasi Pasien

Identifikasi pasien merupakan hal yang sangat penting. Kesalahan atau ketidaktepatan dalam hal identifikasi dapat terjadi di hampir semua aspek atau proses diagnostik dan juga tahap pengobatan. Yang dimaksud dari sasaran “Ketepatan Identifikasi Pasien” ini adalah melakukan dua kali pengecekan, dimana yang pertama untuk identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan atau pengobatan, dan yang kedua adalah untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut (Mulyana, 2013).

Sasaran pertama ini sangat penting dilakukan dalam prosedur-prosedur pemberian tindakan kedokteran ataupun asuhan keperawatan, seperti halnya proses identifikasi dalam pemberian obat, pemberian produk darah, dan prosedur pengambilan sampel darah dan specimen lain untuk pemeriksaan klinis. Prosedur ini setidaknya memerlukan dua cara untuk mengidentifikasi seorang pasien, seperti nama pasien, nomor rekam medis, dan juga tanggal lahir pasien (Menkes, 2011).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, elemen penilaian sasaran I adalah sebagai berikut:

- 1) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- 2) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
- 3) Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
- 4) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan prosedur.
- 5) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

b. Sasaran II: Peningkatan Komunikasi yang Efektif.

Komunikasi efektif merupakan sasaran keselamatan pasien yang meliputi komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang mudah dipahami oleh pasien. Prosedur komunikasi efektif yang seperti ini akan sangat mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi ini dapat dilakukan dalam bentuk lisan, tertulis dan juga dalam bentuk elektronik seperti melalui media telepon (Mulyana, 2013).

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu prosedur komunikasi yang efektif dengan cara mencatat perintah secara lengkap oleh penerima perintah dan kemudian mengkonfirmasi bahwa apa yang sudah dituliskan dan dibaca ulang adalah hal yang tepat dan akurat. Namun dalam keadaan yang tidak memungkinkan seperti di kamar operasi dan dalam keadaan gawat darurat di IGD atau ICU diperbolehkan tidak melakukan pembacaan ulang (Menkes,2011).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit elemen penilaian sasaran II adalah sebagai berikut:

- 1) Perintah lengkap secara lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.
- 2) Perintah lengkap lisan dan telepon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
- 3) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan.
- 4) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

c. Sasaran III: peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*)

Rumah sakit secara kolaboratif mengembangkan suatu prosedur untuk membuat daftar obat-obat yang perlu diwaspadai atau yang sering disebut dengan obat-obat *high alert*. Prosedur ini diterapkan dalam hal identifikasi area di rumah sakit yang memerlukan elektrolit konsentrat seperti halnya di IGD dan di kamar operasi serta pemberian label dengan benar dan cara penyimpanannya. Dengan penerapan prosedur tersebut diharapkan akses obat tersebut dapat dibatasi sehingga dapat mencegah pemberian yang tidak disengaja dan kurang hati-hati (Menkes, 2011).

Obat-obatan merupakan salah satu bagian dari rencana pengobatan pasien, maka dalam hal ini pihak manajemen harus berperan secara kritis untuk memastikan keselamatan pasien. Obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadi kesalah / kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*advers event*) seperti obat-obatan yang terlihat mirip (Nama Obat Rupa dan Ucaoran Mirip/NORUM), obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien

adalah pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya, kalium klorid 2meq/ml atau yang lebih pekat) kesalahan-kesalahan ini dapat terjadi bila perawat tidak mendapatkan orientasi dengan baik sebelum ditugaskan. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan meningkatkan proses pengelolaan obat-obatan yang perlu diwaspadai termasuk memindahkan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke unit farmasi (Mulyana, 2013).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit Elemen Penilaian Sasaran III adalah sebagai berikut:

- 1) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
- 2) Implementasi kebijakan dan prosedur.
- 3) Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan.

- 4) Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas dan disimpan pada area yang dibatasu secara ketat.

d. Sasaran IV: kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi

Kesalahan lokasi, kesalahan prosedur, dan juga kesalahan pasien operasi tidak jarang terjadi di sebuah rumah sakit. Kesalahan tersebut dapat terjadi dikarenakan kurangnya komunikasi yang efektif antara anggota tim bedah dan juga kurang terlibatnya pasien dalam penandaan lokasi operasi, serta tidak adanya prosedur untuk verifikasi lokasi operasi. Kepastian lokasi operasi, prosedur operasi dan juga pasien operasi hendaknya dikonfirmasi dengan melibatkan pasien sendiri disaat pasien masih dalam posisi sadar penuh jika memungkinkan (Mulyana, 2013).

Rumah sakit perlu mengembangkan suatu prosedur yang efektif dalam mengeliminasi masalah ketepatan lokasi, prosedur, dan pasien operasi. Hal ini digambarkan dalam *Surgical Safety Checklist dari WHO patient Safety* (2009).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit elemen penilaian IV iniyang meliputi:

- 1) Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
- 2) Rumah sakit menggunakan suatu checklist untuk memverifikasi saat preoperasi guna memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien beserta semua dokumen dan peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
- 3) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/ time out” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur atau tindakan pembedahan.
- 4) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

e. Sasaran V : pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Pencegahan dan pengendalian onfeksi merupakan tentangan dalam pelayanan kesehatan serta peningkatann biaya untuk

mengatasi infeksi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Hal ini merupakan keprihatinan besar bagi pasien maupun para profesional pelayanan kesehatan. Infeksi yang biasa ditemukan dalam pelayanan kesehatan biasanya adalah infeksi saluran kemih, infeksi aliran darah, dan juga pneumonia. Untuk mengaplikasikan sasaran keselamatan yang kelima ini adalah dengan pengaplikasian program cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat di rumah sakit. Dengan pengaplikasian program cuci tangan yang tepat ini diharapkan risiko infeksi di rumah sakit dapat dikurangi (Mulyana, 2013).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/ Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, elemen penilaian sasaran V yang meliputi:

- 1) Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum yaitu berdasarkan *WHO Patient Safety*.
- 2) Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
- 3) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

f. Sasaran VI : pengurangan risiko pasien jatuh

Jumlah kasus jatuh cukup bermakna sebagai penyebab cedera bagi pasien rawat inap di suatu rumah sakit. Maka dari itu, suatu rumah sakit hendaklah melakukan evaluasi risiko pasien jatuh dan mengambil tindakan untuk mengurangi cedera. Evaluasi yang dimaksud dapat termasuk riwayat jatuh, obat, dan telaah terhadap konsumsi alkohol, gaya berjalan dan keseimbangan, serta alat bantu berjalan yang digunakan oleh pasien (Mulyana, 2013).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, elemen penilaian sasaran VI adalah sebagai berikut:

- 1) Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.
- 2) Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh.
- 3) Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh, dan dampak dari kejadian yang tidak diharapkan.

- 4) Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

3. Insiden Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien merupakan sesuatu yang jauh lebih penting dibandingkan dengan sekedar efisiensi biaya pada sebuah layanan kesehatan. Perilaku yang tidak aman, lupa, kurangnya perhatian, kecerobohan, dan juga ketidaktelitian akan berisiko menimbulkan kesalahan yang akan berkibat pada kejadian insiden keselamatan pasien (Lombogia,2016.)

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kejadian Potensial Cedera (Menkes, 2011).

Berdasarkan Pemenkes Nomor 1691 mengenai keselamatan Pasien Rumah Sakit, Insiden Keselamatan Pasien terdiri dari:

a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *Adverse Event* adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak

diharapkan pada pasien karena suatu tindakan (*commission*) atau karena tidak bertindak (*omission*), bukan karena *underlying disease* atau kondisi pasien (KKPRS, 2015)

Menurut Mulyana (2013) Kejadian Tidak Diharapkan merupakan suatu kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil suatu tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan dikarenakan oleh penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Kejadian ini dapat terjadi di semua tahapan dalam perawatan, yaitu proses diagnosis, pengobatan, dan juga pencegahan.

Kejadian Tidak Diharapkan yang dapat terjadi di rumah sakit meliputi beberapa hal. Diantaranya yaitu kejadian salah transfusi sehingga mengakibatkan pasien meninggal, kejadian salah sisi operasi, serta kejadian terjatuhnya pasien akibat lantai licin (CTSI, 2014).

b. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Menurut KKPRS (2015) Kejadian Tidak Cedera merupakan insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena “keberuntungan”. Selain itu, Kejadian Tidak cedera didefinisikan sebagai insiden yang sudah terpapar

kepada pasien, namun tidak menimbulkan cedera (Permenkes, 2011).

Kejadian Tidak Cedera ini dapat muncul dalam berbagai kondisi, seperti contoh dari Kejadian Tidak Cedera yaitu pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat (KKPRS, 2015)

c. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Menurut *National Safety Council, United States* (2013), definisi dari kejadian nyaris cedera adalah sebuah kejadian yang tidak direncanakan yang tidak mengakibatkan cedera, sakit, ataupun kerusakan, namun memiliki potensi untuk terjadinya hal-hal tersebut. Kesalahan dari suatu proses atau sistem manajemen yang kurang baiklah yang selalu menjadi akar penyebab dari peningkatan risiko yang mengarah pada kejadian nyaris cedera dan ahrus menjadi fokus dalam hal perbaikan.

Menurut Sharwood (2012) yang diadopsi oleh (Hart, 2016) kejadian nyaris cedera didefinisikan sebagai kejadian yang tidak direncanakan, namun dapat menyebabkan kemungkinan potensi terjadinya bahaya terhadap pasien. Sumber lain mendefinisikan kejadian nyaris cedera sebagai kejadian yang tidak direncanakan,

atau sebuah kesalahan yang dikoreksi sebelum terjadi hal yang membahayakan pasien (Crane et al., 2015).

Berdasarkan Cenderasuci (2012) Kriteria kejadian nyaris cedera adalah sebagai berikut:

- 1) Adanya lepas tangan dan/atau komunikasi antara dua atau lebih departemen.
- 2) Mengenai proses yang diketahui memiliki risiko tinggi, banyak dilaksanakan, atau mudah untuk terkena masalah,
- 3) Kejadian tersebut dapat menjadi alasan perlunya edukasi keselamatan pasien pada suatu departemen,
- 4) Dan lain-lain sebagaimana dideskripsikan oleh komite/panitia mutu.

Beberapa kejadian nyaris cedera yang terjadi di rumah sakit diantaranya adalah kesalahan peresepan, kesalahan pemberian obat, ketidakpatuhan sumber daya manusia di rumah sakit kepada aturan atau prosedur yang berlaku, kesalahan identifikasi pasien, kesalahan entri data, kurangnya komunikasi antara dokter dan perawat ataupun paramedis yang lain, dan masih banyak kejadian nyaris cedera yang lain (Speroni et al, 2013).

d. Kejaidan Potensial Cedera (KPC)

Kejaidan Potensial Cedera merupakan kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, hanya saja belum terjadi insiden (Permenkes, 2011). Kejaidan Potensial Cedera / *Reportable Circumtance* merupakan kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera tetapi belum terjadi insiden (KKPRS, 2015). Contoh dari insiden Kejaidan Potensial Cedera ini seperti halnya kerusakan DC Shock, kerusakan tensimeter, dan kerusakan alat ventilator.

e. Kejaidan Sentinel

Kejaidan sentinel merupakan suatu kejadian tidak diharapkan yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius (Permenkes, 2011). Menurut KKPRS (2015) suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius ini yang didefinisikan sebagai Sentinel. Kejaidan ini biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima. Pemilihan kata Sentinel ini terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku. Dalam kasus ini contohnya adalah kejadian Amputasi pada kaki yang salah.

C. PENELITIAN TERDAHULU

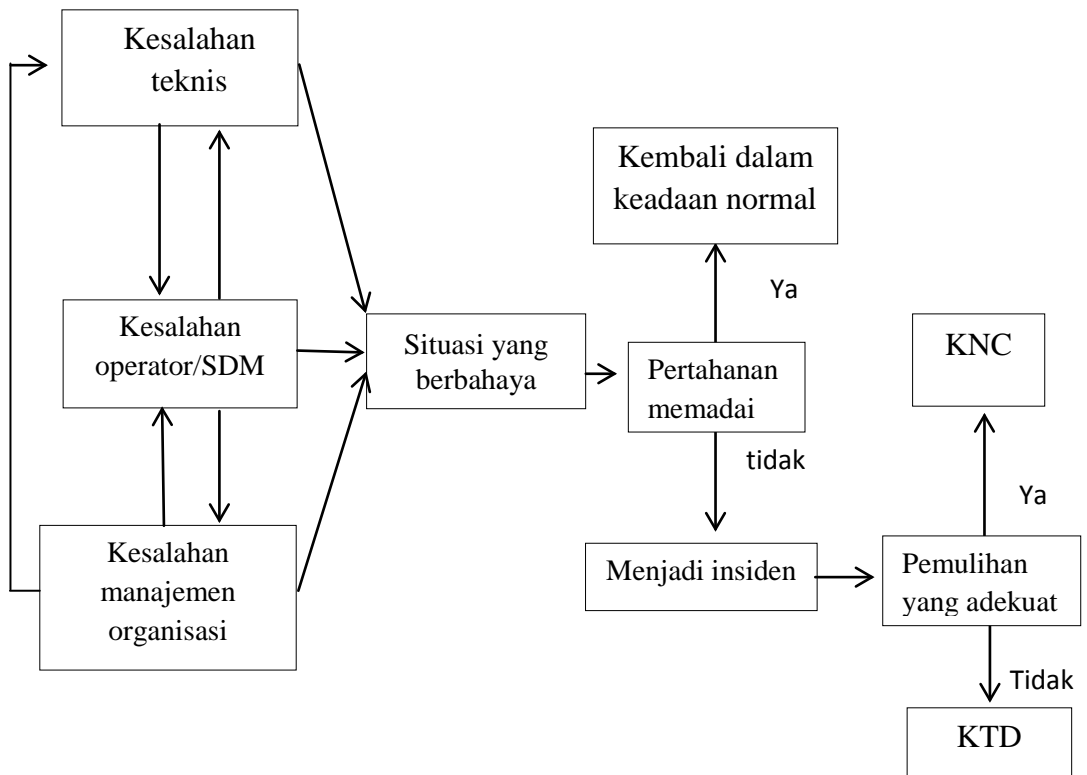
Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

No.	Peneliti	Tahun Penelitian	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
1.	Clarke, et al	2002	<i>Organizational climate, staffing, and safety equipment as predictors of needle stick injuries and near misses in hospital nurses</i>	Survey kepada perawat kamar bedah di 22 rumah sakit di US tentang <i>staffing</i> , dan pengaruhnya terhadap pasien dan perawat seperti kejadian tertusuk jarum dan kejadian nyaris cedera	Manajemen organisasi yang buruk dan beban kerja yang tinggi dapat meningkatkan kejadian tertusuk jarum dan kejadian nyaris cedera kepada perawat rumah sakit.	Penelitian Clarke ini dilakukan di 22 rumah sakit dan sampel yang digunakan hanya perawat tetap di unit bedah, sedangkan pada penelitian ini lokasi yang digunakan hanya 1 rumah sakit dan sampel yang digunakan perawat tetap maupun kontrak di kamar bedah.
2.	Searl, et al	2010	<i>Enhancing patient safety: The importance of direct supervision for avoiding</i>	Menggunakan pendekatan <i>grounded theory</i> menggunakan <i>semi structure-interview</i> kepada	Supervisi langsung yang kurang baik dari perawat kepada mahasiswa keperawatan dapat memicu munculnya	Pada penelitian Searl et al, metode penelitian yang digunakan adalah metode kualitatif dengan pendekatan <i>Grounded theory</i> dengan <i>semi structure</i>

No.	Peneliti	Tahun Penelitian	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
			<i>medication errors and near misses by undergraduate nursing students</i>	a mahasiswa keperawatan di Universitas Queensland untuk mengetahui lebih dalam tentang pengalaman mereka dalam hal administrasi pengobatan di fasilitas kesehatan.	kesalahan seperti kejadian cedera	<i>interview</i> , sedangkan pada penelitian penulis menggunakan metode kuantitatif
3.	Haugen, et al	2013	A survey of surgical team members perceptions of near misses and attitudes toward	Survey dilakukan kepada anggota tim bedah menggunakan desain <i>Cross-sectional</i> dan pengumpulan data	Mayoritas anggota tim bedah mengalami kejadian nyaris cedera berkaitan dengan identitas pasien, operasi, ataupun prosedur.	Sampel yang digunakan oleh Haugen adalah seluruh tim bedah meliputi dokter bedah, dokter anestesi, perawat bedah, dan perawat anestesi. Sedangkan pada penelitian penulis sampel yang digunakan hanya

No.	Peneliti	Tahun Penelitian	Judul	Metode	Hasil	Perbedaan
			Time Out protocols	menggunakan kuesioner.	91% dari anggota tim bedah mendukung implementasi protocol <i>Time Out</i> di kamar operasi.	menggunakan bedah dan perawat anestesi.

D. KERANGKA TEORI



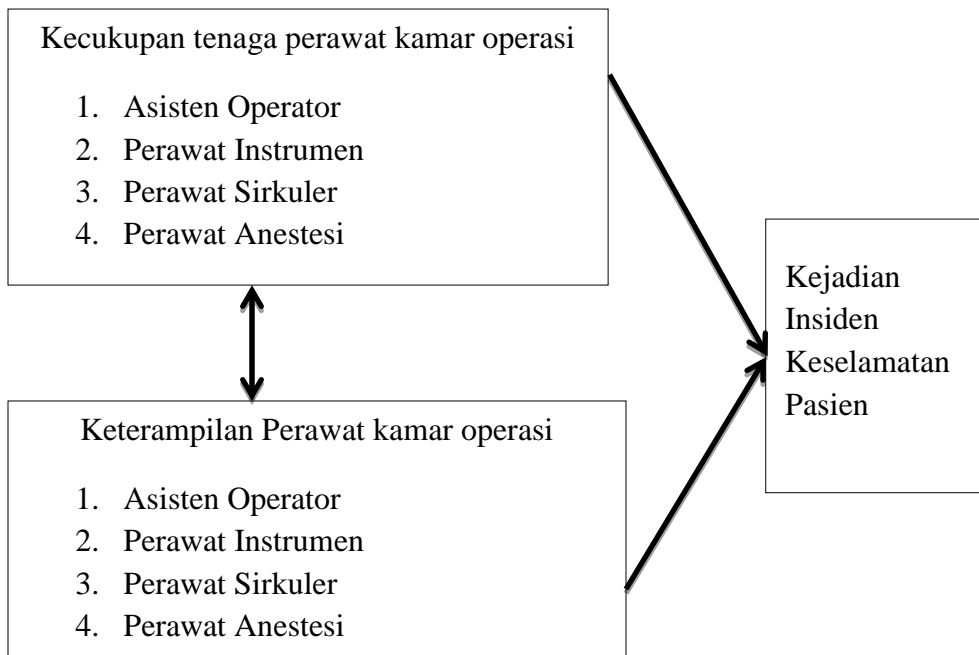
Gambar 1 Kerangka Teori

Sumber: *Incident causation model* – Teori Van der Schaaf

Berdasarkan pada teori Van der Schaaf yaitu “*Incident Causation Model*”, dijelaskan bahwa proses terjadinya suatu kejadian insiden keselamatan pasien dapat disebabkan oleh beberapa hal, diantaranya adalah kesalahan teknis dalam sebuah tindakan medis, kesalahan dari operator atau sumber daya manusia yang berperan dalam sebuah tindakan medis, dan juga dapat disebabkan oleh kesalahan dari pihak manajemen

sebuah pelayanan kesehatan. Ketiga hal tersebut dapat menyebabkan sesuatu yang berbahaya yang berpotensi menyebabkan kejadian insiden keselamatan pasien. Kemudian dilihat apakah ada sistem pertahanan yang baik dari sebuah pelayanan kesehatan. Sistem pertahanan ini dapat diartikan sebagai kebudayaan tindakan keselamatan pasien dari sebuah pelayanan kesehatan. Jika sistem pertahanan atau budaya keselamatan pasien berjalan dengan baik maka situasi yang berbahaya ini dapat kembali menjadi situasi yang normal, namun jika sistem pertahanan dari sebuah pelayanan kesehatan tersebut tidak berjalan dengan baik, maka situasi yang berbahaya ini dapat berkembang menjadi kejadian insiden keselamatan pasien. Jika sudah berkembang menjadi insiden keselamatan pasien ini, maka situasi tersebut akan bergantung pada respon pemulihan keadaan yang adekuat. Jika kejadian insiden keselamatan pasien ini dapat diketahui dan dapat teratasi sebelum muncul suatu akibat maka akan menyebabkan sebuah Kejadian Nyaris Cedera, namun jika suatu hal yang berbahaya ini tidak dapat teratasi dan menyebabkan suatu akibat, maka hal ini akan berkembang menjadi Kejadian Tidak Diharapkan (Aspden, 2004).

E. KERANGKA KONSEP



Gambar 2 Kerangka Konsep

Kerangka konsep di atas menjelaskan bahwa pembagian tugas perawat dalam sebuah operasi dibagi menjadi tugas asisten operator, perawat instrument, perawat sirkuler, dan juga perawat anestesi. Dari berbagai tugas perawat kamar bedah tersebut dapat penulis amati bagaimana kecukupan dan keterampilan perawat kamar bedah dalam sebuah operasi. Kemudian penulis juga dapat mengamati kejadian insiden keselamatan pasien yang terjadi selama operasi berlangsung di Instalasi bedah Sentral. Namun dari beberapa aspek tersebut terdapat beberapa

variabel perancu yaitu kebijakan Rumah Sakit mengenai tenaga perawat kamar bedah dan juga tentang keselamatan pasien.

F. HIPOTESIS

Hipotesis penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Terdapat hubungan antara kecukupan dan keterampilan perawat kamar bedah terhadap kejadian insiden keselamatan pasien di Instalasi Bedah Sentral RSUD Kota Yogyakarta.
2. Adanya pengaruh kecukupan tenaga perawat kamar bedah terhadap adanya kejadian insiden keselamatan pasien di Instalasi Bedah Sentral RSUD Kota Yogyakarta.
3. Adanya pengaruh keterampilan tenaga perawat kamar bedah terhadap adanya kejadian insiden keselamatan pasien di Instalasi Bedah Sentral RSUD Kota Yogyakarta.