

Program Studi  
**Sarjana Terapan Kebidanan**



# MODUL PRAKTIK

# MANAJEMEN PASIEN SAFTEY

---

# 2019



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA

**Jurusan Kebidanan**  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

---

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**VISI DAN MISI**  
**PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN**  
**POLTEKKES KEMENKES PALANGKARAYA**

**VISI**

“Menghasilkan Lulusan Sarja Terpan Kebidanan  
yang Unggul, Berkarakter, Berbasis Kearifan Lokal  
Menuju daya saing Global Tahun 2024 Dengan  
Unggulan Kebidanan Komunitas”

**MISI**

1. Menyelenggarakan pendidikan Sarjana Terapan Kebidanan Yang berkualitas mengikuti perkembangan IPTEK berbasis kearifan Lokal dengan keunggulan Kebidanan Komunitas.
2. Melaksanakan penelitian yang mengikuti perkembangan IPTEK serta selaras dengan kearifan lokal dengan unggulan kebidanan komunitas.
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat yang berorientasi pada kebidanan komunitas melalui pemberdayaan masyarakat dibidang kesehata ibu dan anak serta Kesehatan reproduksi.
4. Meningkatkan Produktifitas kualitas sumber daya manusia serta pengelolaan sarana dan perasana untuk mendukung pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi

MODUL 1  
BAHAN AJAR CETAK  
KEBIDANAN

**MANAJEMEN PASIEN  
SAFETY**

## **PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL**

Modul ini disusun sedemikian rupa agar rekan mahasiswa dapat mempelajarinya secara mandiri, kami yakin rekan mahasiswa akan berhasil jika bertekad mempelajarinya secara serius dan benar. Oleh karena itu lakukan langkah-langkah belajar sebagai berikut :

1. Bacalah dengan cermat bagian Pendahuluan modul ini sampai rekan mahasiswa memahami betul apa, untuk apa, dan bagaimana mempelajari modul ini.
2. Bacalah bagian demi bagian, dan temukan kata-kata kunci dan kata-kata yang rekan mahasiswa anggap baru. Carilah dan baca pengertian kata-kata kunci dalam daftar kata-kata sulit modul ini atau dalam kamus yang ada.
3. Pelajari materi secara berurutan.
4. Rekan mahasiswa harus mempunyai keyakinan kuat untuk belajar dan mempraktikkan materi yang tertuang di modul ini.
5. Tangkaplah pengertian demi pengertian dari isi modul ini melalui pemahaman sendiri dan tukar pikiran dengan mahasiswa dan atau dosen/tutor.
6. Setelah selesai mempelajari satu Kegiatan Belajar, rekan mahasiswa diminta untuk mengerjakan latihan maupun tes yang ada di dalamnya. Selanjutnya rekan mahasiswa dipersilahkan untuk mempelajari Kegiatan Belajar berikutnya.
7. Mantapkan pemahaman rekan mahasiswa melalui diskusi mengenai pengalaman simulasi dalam kelompok kecil atau klasikal pada saat bimbingan atau tutorial.

## **A. DESKRIPSI MODUL**

Mata kuliah ini menguraikan tentang manajemen *patient safety* yang meliputi : Konsep dan prinsip *patient safety*, langkah-langkah pelaksanaan *patient safety*, standar keselamatan pasien, Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)/*International Patient Safety Goals (IPSG)*, komunikasi antar anggota tim kesehatan, peran perawat dalam *patient safety* , kebijakan yang mendukung keselamatan pasien, monitoring dan evaluasi *patient safety* sesuai dengan standar *patient safety* yang ditetapkan di Indonesia yang telah mengacu pada standar Internasional *patient safety* dalam sistem pelayanan kesehatan. Kegiatan belajar dilakukan melalui praktek laboratorium yang meliputi demonstrasi, simulasi dan evaluasi.

## **B. TUJUAN PEMBELAJARAN**

### **1. Tujuan Umum:**

Mampu memahami dan melakukan manajemen *patient safety* sebagai landasan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan.

### **2. Tujuan Khusus:**

#### **Mahasiswa mampu :**

- a. Melakukan pemasangan gelang identitas dan identifikasi pasien dengan benar
- b. Melakukan cuci tangan dengan benar
- c. Melakukan komunikasi efektif dalam pengoperan pelayanan pasien antar unit /petugas kesehatan dan komunikasi tentang kondisi pasien antar petugar kesehatan dengan benar
- d. Mengidentifikasi, menyimpan dan menggunakan obat high alert dengan benar
- e. Melakukan pengkajian resiko jatuh, rencana dan tindakan dengan benar
- f. Melakukan pengkajian rasa nyeri, rencana dan tindakan dengan benar
- g. Melakukan pengkajian dekubitus, rencana dan tindakan dengan benar
- h. Melakukan pengkajian kebutuhan perawatan diri, rencana dan tindakan dengan benar
- i. Melakukan pemasangan restraint dengan benar
- j. Melakukan upaya pencegahan infeksi dengan benar (penggunaan APD, pembuangan sampah/ limbah)

## **C. BAHAN KAJIAN**

1. Manajemen *Patient Safety*

## **D. METODE EVALUASI**

1. Sikap dan penampilan : 20 %
2. Keterampilan : 80 %

## **E. TATA TERTIB**

1. Kehadiran praktikum 100%
2. Berpakaian rapih dan sopan sesuai dengan seragam yang telah ditentukan.
3. Mengganti alat laboratorium, apabila menghilangkan atau merusakkan.
4. Mahasiswa menyiapkan alat sebelum pelaksanaan praktikum.

## **F. MATERI**

1. Pemasangan gelang identitas dan Identifikasi pasien
2. Cuci tangan
3. Komunikasi efektif dalam pengoperan pelayanan pasien antar unit / petugas kesehatan dan komunikasi tentang kondisi kesehatan pasien antar petugas kes
4. Pengelolaan obat high alert
5. Pengkajian kebutuhan edukasi rencana dan tindakan
6. Pengkajian resiko jatuh rencana dan tindakan
7. Pengkajian rasa nyeri rencana dan tindakan
8. Pengkajian decubitus rencana dan tindakan
9. Pengkajian kebutuhan perawatan diri rencana dan tindakan
10. Pemasangan restraint
11. Melakukan upaya PPI (Pemakaian APD, pembuangan sampah/limbah )

#### G. AKTIFITAS PEMBELAJARAN

Metode	Dosen	Mahasiswa
<b>Demonstrasi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan apersepsi.</li> <li>2. Menjelaskan tujuan dan persiapan.</li> <li>3. Mendemonstrasikan</li> </ol>	Memperhatikan dan mencatat.
<b>Simulasi</b>	Memberi kesempatan pada semua mahasiswa untuk melakukan simulasi secara bergantian, dan melakukan monitoring dan bimbingan	Mahasiswa melakukan simulasi secara bergantian berdasarkan observasi dari demonstrasi yang dilakukan dosen .
<b>Evaluasi</b>	<p>Melakukan observasi dan memberikan evaluasi dan penilaian pada semua mahasiswa tentang simulasi yang dilakukan.</p> <p>Memberi kesempatan pada mahasiswa untuk bertanya apabila mengalami kesulitan dan melakukan bimbingan.</p>	<p>Melakukan tindakan berdasarkan pengalaman simulasi dan bimbingan yang diberikan dosen</p> <p>Mengajukan pertanyaan apabila mengalami kesulitan.</p>

#### H. REFERENSI

- Elrifda, Solha. 2011. "Budaya Patient Safety dan Karakteristik Kesalahan Pelayanan: Implikasi Kebijakan Salah Satu Rumah Sakit di Kota Jambi". *Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Volume 6 No 2*. Jambi: Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan.
- Kemendes. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Diakses dari ([www.bprs.kemkes.go.id](http://www.bprs.kemkes.go.id)) pada Desember 2017.

- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). 2015. *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Patient Safety Incident Report*. KKPRS: Jakarta. Diakses dari ([www.pdpersi.co.id](http://www.pdpersi.co.id)) pada Desember 2017.
- Regina Pung Pung, A. 2014. *Patient Safety Administrasi Dan Manajemen Kesehatan*. Diakses dari ([www.academia.edu/9191556/patient\\_safety.htm](http://www.academia.edu/9191556/patient_safety.htm)) pada Desember 2017.
- Tutiany dkk. 2017. *Manajemen Keselamatan Pasien: Bahan Ajar Keperawatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.



# PRAKTIKUM I

## IDENTIFIKASI PASIEN PEMASANGAN GELANG IDENTITAS DAN CUCI TANGAN

### A. TUJUAN PEMBELAJARAN

#### 1. Tujuan Umum:

- Mahasiswa mampu mendemonstrasikan sasaran keselamatan pasien : ketepatan melakukan identifikasi pasien dan pemasangan gelang identitas
- Mahasiswa mampu mendemonstrasikan sasaran keselamatan pasien : pengurangan resiko infeksi melalui 6 langkah dan 5 moment cuci tangan WHO

#### 2. Tujuan Khusus:

##### Mahasiswa mampu :

- Mendemonstrasikan langkah-langkah melakukan identifikasi pasien dan pemasangan gelang identitas dengan benar
- Mendemonstrasikan 6 langkah dan 5 moment cuci tangan dengan benar

### B. WAKTU PELAKSANAAN

Dilaksanakan selama 1 x 170 menit

### C. POKOK BAHASAN

Melakukan identifikasi pasien pemasangan gelang identitas dan cuci tangan

### D. MATERI

#### 1. **Identifikasi Pasien dan pelaksanaan pemasangan gelang identitas pasien**

##### a. Pengertian

Adalah suatu tindakan yang dilakukan oleh staf rumah sakit yang berwenang untuk melakukan identifikasi pasien dan pemasangan gelang identitas pada pasien dengan benar.

Identifikasi pasien adalah suatu tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk mengetahui dengan pasti 2 identitas dari 3 identitas pasien nama tanggal lahir dan nomor rekam medik yaitu nama dan tanggal lahir atau nama dan nomor rekam medik pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien, dilakukan sesuai prosedur sebelum melakukan pengobatan atau tindakan kepada pasien

Pemasangan gelang identitas pasien adalah tindakan yang dilakukan oleh staf rumah sakit yang berwenang dengan cara melakukan pemasangan gelang identitas pasien sesuai prosedur dalam rangka kelancaran staf rumah sakit melakukan identifikasi pasien sebelum melakukan pengobatan atau tindakan untuk keselamatan pasien

**b. Tujuan :**

- 1) Mengurangi kejadian / kesalahan seminimal mungkin akibat dari kesalahan melakukan identifikasi pasien yaitu : kesalahan pemberian obat darah dan produk darah, kesalahan pemberian pengobatan dan tindakan/ prosedur, kesalahan pengambilan darah atau specimen lainnya untuk pemeriksaan klinis
- 2) Tercapainya mutu pelayanan yang berfokus pada keselamatan pasien

**c. Kebijakan :**

- 1) PMK No. 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang keselamatan pasien rumah sakit.
- 2) Peraturan tentang sasaran keselamatan pasien di rumah sakit khususnya identifikasi pasien sesuai ketentuan perundang - undangan yang ada

**d. Pelaksanaan identifikasi pasien**

- 1) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien dari tiga identitas yaitu nama tanggal lahir dan nomor rekam medik, yaitu nama dan tanggal lahir atau nama dan nomor rekam medik, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien
- 2) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, dan produk darah.
- 3) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur
- 4) Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis

**e. Warna dan ukuran gelang identifikasi:**

Warna gelang identitas :

- 1) Gelang warna **biru** untuk pasien laki-laki,
- 2) Gelang warna **pink/merah muda** untuk pasien perempuan
- 3) Gelang warna **merah** untuk pasien yang memiliki alergi
- 4) Gelang berwarna **kuning** untuk pasien dengan resiko jatuh
- 5) Gelang berwarna **ungu** untuk pasien DNR

Ukuran gelang identitas :

Dewasa dan anak-anak / bayi



#### **f. Prosedur Pemakaian Gelang identitas**

- 1) Semua pasien rawat inap dan rawat jalan yang dilakukan tindakan invasif harus dilakukan pemasangan gelang identitas dengan warna ukuran sesuai ketentuan
- 2) Pakaikan gelang identitas pasien di pergelangan tangan pasien yang tidak terpasang infus, gips, terpasang fistula arterio-vena pasien haemodialisis dll, pastikan gelang terpasang dengan tepat dan nyaman untuk pasien ( tidak ketat dan tidak mudah lepas).
- 3) Jelaskan kepada pasien/ keluarga tujuan dan manfaat di pasang gelang identitas pasien dan kapan gelang identitas pasien akan dilepas, lakukan edukasi untuk turut menjaga agar gelang identitas tidak rusak dan tetap terpasang dengan baik
- 4) Jika karena situasi dan kondisi kesehatan pasien tidak dapat dipakaikan di pergelangan tangan, maka dipakaikan di pergelangan kaki. Pada situasi di mana tidak dapat dipasang di pergelangan kaki, tanda identitas pasien dapat dipakaikan di baju pasien di area yang jelas terlihat. Hal ini harus dicatat di rekam medis pasien.
- 5) Tanda identitas pasien harus dipasang kembali jika baju pasien diganti dan harus selalu menyertai pasien sepanjang waktu.
- 6) Pada kondisi pasien tidak diperbolehkan memakai baju, tanda identitas pasien ditempel pada badan pasien yang aman dengan menggunakan perekat transparan/tembus pandang. Dan harus dicatat di rekam medis pasien.
- 7) Gelang identitas pasien hanya boleh dilepas oleh tenaga kesehatan yang berwenang saat pasien akan pulang /keluar dari rumah sakit.
- 8) Gelang identitas pasien ditulis mencakup 4 detail wajib yang dapat mengidentifikasi pasien, yaitu: - Nama pasien dengan maksimal 2 suku kata ( nama depan dan nama tengah, khusus untuk pasien neonatus menggunakan nama ibu. Misal Bayi Ny.....) – Jenis kelamin : laki-laki/ perempuan, Tanggal lahir pasien (tanggal/bulan/tahun) - Nomor rekam medis pasien
- 9) Warna gelang identitas pasien sesuai jenis kelamin pasien. Warna biru untuk laki-laki, warna pink/merah muda untuk pasien perempuan.
- 10) Nama tidak boleh disingkat. Nama harus sesuai dengan yang tertulis di rekam medik / KTP.
- 11) Jangan mencoret dan menulis ulang di gelang identitas pasien. Ganti gelang identitas jika terdapat kesalahan penulisan data.
- 12) Jika gelang identitas terlepas, segera berikan gelang identitas yang baru.
- 13) Gelang identitas pasien harus dipakai oleh semua pasien selama perawatan di rumah sakit.
- 14) Periksa ulang 4 detail data di gelang identitas sebelum dipasangkan ke pasien.
- 15) Saat menanyakan identitas pasien, selalu gunakan pertanyaan terbuka, misalnya: ‘Mohon maaf nama ibu siapa ?’ (jangan menggunakan pertanyaan tertutup seperti ‘Apakah nama anda Ibu Susi?’)
- 16) Jika pasien tidak mampu memberitahukan namanya (misalnya pada pasien tidak sadar, bayi, disfasia, gangguan jiwa), verifikasi identitas pasien kepada

keluarga / pengantarnya. Dalam kondisi tertentu, gelang identitas jangan dijadikan satu-satunya bentuk identifikasi pasien sebelum dilakukan suatu intervensi. Tanya ulang nama dan tanggal lahir pasien, kemudian bandingkan jawaban pasien dengan data yang tertulis di gelang identitas.

- 17) Sebelum pasien ditransfer ke unit lain, lakukan identifikasi dengan benar dan pastikan gelang identitas terpasang dengan benar.
- 18) Unit yang menerima transfer pasien harus menanyakan ulang identitas pasien dan membandingkan data yang diperoleh dengan yang tercantum di gelang identitas.
- 19) Pada kasus pasien yang tidak menggunakan gelang identitas: a). Hal ini dapat dikarenakan berbagai macam sebab, seperti: - Menolak penggunaan gelang identitas - Gelang identitas menyebabkan iritasi kulit- Gelang identitas terlalu besar - Pasien melepas gelang identitas b). Pasien harus diinformasikan akan risiko yang dapat terjadi jika gelang pengenal tidak dipakai. Alasan pasien tidak mau dipasang gelang identitas pasien harus tanda tangan atas penolakan dan dicatat pada rekam medis. c. Jika pasien menolak menggunakan gelang identitas, petugas harus lebih waspada dan mencari cara lain a.l. memasang foto pasien di rekam medik pasien untuk mengidentifikasi pasien dengan benar sebelum dilakukan tindakan kepada pasien.
- 20) Pasien yang mengalami alergi / resiko jatuh/ DNR, maka gelang identitas diberi tanda / stiker warna merah untuk alergi, kuning untuk resiko jatuh dan ungu untuk DNR

#### **g. Identifikasi Pasien Secara Umum**

- 1) Semua pasien harus diidentifikasi dengan tepat sebelum dilakukan intervensi di rumah sakit
- 2) Pada gelang pasien harus dicantumkan empat aspek, yaitu:
  - a. Nama pasien sesuai dengan KTP
  - b. Tanggal lahir pasien
  - c. Nomor rekam medis pasien
  - d. Jenis kelamin
- 3) Nama pasien tidak boleh disingkat dan harus sesuai dengan apa yang tertera pada rekam medik pasien/KTP.
- 4) Gelang pasien tidak boleh dicoret-coret dalam hal ini penulisan yang salah harus diganti dengan gelang pasien yang baru.
- 5) Semua pasien rawat inap / tindakan invasif harus memakai gelang identitas pasien sesuai prosedur.
- 6) Identifikasi ditulis tangan jika belum menggunakan sistem elektronik dan tetap mencantumkan empat aspek sesuai point. Identitas ditulis menggunakan tinta warna hitam dengan back ground putih dengan huruf balok.
- 7) Ketika menanyakan identitas pasien, pertanyaan dilakukan secara terbuka contoh, "Maaf ibu...nama ibu siapa?", "Bapak/ibu memiliki riwayat alergi?"
- 8) Jika pasien tidak dapat diajak komunikasi atau dalam kondisi tidak sadarkan diri, maka identifikasi pasien dapat dilakukan dengan menyesuaikannya dengan

kartu identitas yang ada pada pasien misalnya KTP atau SIM. Jika tidak didapatkan kartu identitas maka dapat ditanyakan kepada orang yang membawa pasien tersebut atau keluarga. Ketentuan point ini harus lebih diperhatikan, sehingga ketika pasien sudah sadar maka ketepatan identifikasi pasien dapat dikonfirmasi kembali kepada pasien sendiri dengan syarat kondisinya layak konfirmasi.

9) Penomoran rekam medik pasien dilakukan di IGD dan Instalasi rawat jalan

10) Pasien yang di rujuk dari pelayanan kesehatan lain tetap harus dilakukan identifikasi ulang dan dilakukan pemasangan gelang identitas baru sesuai prosedur

## **Identifikasi Pasien Khusus**

### **1. Prosedur identifikasi neonates**

- a. Gelang pasien neonates berisi identifikasi ibu yang melahirkan pasien jika nama pasien neonates belum terregistrasi
- b. Setelah nama neonates terregistrasi, identifikasi mengenai ibu pasien dapat diganti dengan identifikasi pasien tersebut.
- c. Gelang pink untuk bayi perempuan dan biru untuk bayi laki-laki

### **2. prosedur identifikasi pasien anak**

- a. Gelang identifikasi anak berisi nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, dan nama orang tua/ wali pasien.
- b. Gelang pink untuk anak perempuan dan biru untuk anak laki-laki

### **3. Prosedur identifikasi pasien dengan alergi**

- a. Pasien harus dipastikan memiliki riwayat alergi atau tidak sebelum masuk rawat inap di rumah sakit/ dilakukan tindakan invasif
- b. Gelang/tanda identifikasi alergi berwarna merah dipasang/ditempel di gelang identitas pasien .
- c. Data alergi harus terdokumentasi di rekam medik pasien
- d. Satu gelang alergi dapat memuat maksimal tiga identifikasi detail alergi pasien, jika lebih dari tiga alergi dapat ditambahkan gelang identifikasi alergi baru sesuai dengan kelipatan tiga.

### **4. prosedur identifikasi pasien dengan resiko jatuh**

- a. Pasien dengan resiko jatuh adalah pasien dengan agitasi, agresi, delirium yang belum membaik, geriatri, penggunaan obat2an dan pasien dengan tanda-tanda tertentu dengan kebutuhan pengawasan /kekang / vikisasi
- b. Gelang/ stiker identitas pasien dengan resiko jatuh berwarna kuning yang dikenakan di gelang identitas pasien dengan pencantuman nama pasien, jenis kelamin, nomor rekam medis dan tanggal lahir.
- c. Pasien agitasi, agresi dan kebutuhan kekang yang beresiko membahayakan dirinya dan merusak gelang yang dikenakan di pergelangan tangan dapat dikenakan di pergelangan kaki dan apabila pasien sudah membaik dan tenang, gelang tidak perlu dipindahkan

## 2. Cuci Tangan

Mencuci tangan adalah proses yang secara mekanis melepaskan kotoran dan debris dari kulit tangan dengan menggunakan sabun biasa dan air yang mengalir (Depkes RI, 2007) dan menurut PHBS (Perilaku Hidup Bersih dan Sehat) - UNPAD (Universitas Padjajaran) Cuci tangan pakai sabun (CTPS) merupakan suatu kebiasaan membersihkan tangan dari kotoran dan berfungsi untuk membunuh kuman penyebab penyakit yang merugikan kesehatan. Mencuci tangan yang baik membutuhkan peralatan seperti sabun, air mengalir yang bersih, dan handuk yang bersih (Wati, 2011).

### **Tujuan Mencuci Tangan**

Tujuan mencuci tangan menurut Depkes RI tahun 2007 adalah salah satu unsur pencegahan penularan infeksi. Menurut Ananto (2006) mencegah kontaminasi silang (orang ke orang atau benda terkontaminasi ke orang) suatu penyakit atau perpindahan kuman. Kegiatan mencuci tangan dengan sabun dan air yang mengalir dilakukan 40 - 60 detik.

### **Langkah - langkah teknik mencuci tangan yang benar menurut anjuran WHO (2008) yaitu sebagai berikut :**

Lakukan setiap langkah selama 1 detik dan dilakukan 3x

- a. Pertama, basuh tangan dengan air bersih yang mengalir, ratakan sabun dengan kedua telapak tangan
- b. Kedua, gosok punggung tangan dan sela - sela jari tangan kiri dan tangan kanan, begitu pula sebaliknya.
- c. Ketiga, gosok kedua telapak dan sela - sela jari tangan
- d. Keempat, jari - jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci dan gosok dengan cara digeser dan tidak perlu bolak balik
- e. Kelima, gosok ibu jari kiri berputar dalam genggam tangan kanan dan lakukan sebaliknya.
- f. Keenam, gosokkan dengan memutar ujung jari-jari tangan kanan di telapak tangan kiri dan sebaliknya
- g. Ketujuh, bilas kedua tangan dengan air yang mengalir dengan 6 langkah yang sama, tutup air kran dengan siku tangan atau tissue dan keringkan tangan dengan tissue

## Langkah Pelaksanaan Cuci Tangan



### REFERENSI

- Elrifda, Solha. 2011. "Budaya Patient Safety dan Karakteristik Kesalahan Pelayanan: Implikasi Kebijakan Salah Satu Rumah Sakit di Kota Jambi". *Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Volume 6 No 2*. Jambi: Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan.
- Kemendes. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Diakses dari ([www.bprs.kemkes.go.id](http://www.bprs.kemkes.go.id)) pada Desember 2017.
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). 2015. *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Patient Safety Incident Report*. KKPRS: Jakarta. Diakses dari ([www.pdpersi.co.id](http://www.pdpersi.co.id)) pada Desember 2017.
- Regina Pung Pung, A. 2014. *Patient Safety Administrasi Dan Manajemen Kesehatan*. Diakses dari ([www.academia.edu/9191556/patient\\_safety.htm](http://www.academia.edu/9191556/patient_safety.htm)) pada Desember 2017.
- Tutiany dkk. 2017. *Manajemen Keselamatan Pasien: Bahan Ajar Keperawatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.



	<b>IDENTIFIKASI PASIEN DAN PEMASANGAN GELANG IDENTITAS PASIEN</b>		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
Pengertian	<p>Identifikasi pasien adalah tindakan yang dilakukan oleh staf rumah sakit untuk melakukan 2 identifikasi pasien yaitu nama dan tanggal lahir atau nama dan nomor rekam medik sebelum melakukan tindakan kepada pasien</p> <p>Pemasangan gelang identitas pasien adalah tindakan yang dilakukan oleh staf rumah sakit untuk pemasangan gelang identitas pasien sesuai prosedur yang kepada setiap pasien yang akan menjalani rawat inap dan pasien rawat jalan yang akan dilakukan tindakan invasif</p>		
Tujuan	<p>Tidak terjadi kesalahan dalam pemberian terapi/pengobatan dan tindakan oleh tenaga kesehatan untuk keselamatan pasien</p>		
Kebijakan	<p>Kebijakan Direktur tentang identifikasi pasien dan pemasangan gelang identitas pasien untuk keselamatan pasien di rumah sakit</p>		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Petugas melakukan eksplorasi diri dan siap melakukan tindakan</li> <li>2 Siapkan alat/gelang identitas pasien dengan lengkap</li> <li>3 Petugas mencuci tangan</li> <li>4 Petugas siap melakukan identifikasi pasien dan pemasangan gelang identitas pasien</li> <li>5 Diawali dengan memberi salam dan memperkenalkan diri</li> <li>6 Lakukan identifikasi pasien dengan menanyakan nama dan tanggal lahir pasien</li> <li>7 Cocokkan jawaban pasien tersebut dengan nama dan tanggal lahir yang tertulis digelang identitas pasien yang akan di pasang</li> <li>8 Ucapkan terima kasih jika nama dan tanggal lahir sudah sesuai/ Jika tidak sesuai upayakan identitas yang disebutkan pasien dan yang tertulis digelang identitas pasien harus sama /sesuai KTP</li> <li>9 Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan</li> <li>10 Menjelaskan tujuan tindakan</li> <li>11 Menjelaskan prosedur tindakan</li> <li>12 Menyampaikan perkiraan lama waktu yang digunakan untuk melakukan tindakan</li> <li>13 Memberi kesempatan pasien/keluarga untuk bertanya sebelum melakukan tindakan</li> <li>14 Tentukan lokasi pemasangan gelang sesuai kondisi pasien</li> <li>15 Pasang gelang identitas pasien dan pastikan gelang tidak dapat terlepas, tidak ketat yang dapat mengakibatkan iritasi kulit</li> <li>16 Pastikan gelang identitas telah terkunci/ fiksasi dengan kuat</li> <li>17 Lakukan evaluasi respon pasien / keluarga atas pemasangan gelang identitas</li> <li>18 Berikan edukasi kepada pasien/kelurga agar gelang identitas tidak terlepas/ rusak serta ingatkan kepada staf rumah sakit yang akan melakukan tindakan jika lupa melakukan identifikasi pasien</li> <li>19 Memberikan reinforcement</li> <li>20 Lakukan kontrak waktu untuk tindakan selanjutnya</li> <li>21 Mengakhiri tindakan dengan baik dan mengucapkan salam</li> <li>22 Membereskan alat</li> <li>23 Melakukan cuci tangan</li> </ol>		

	24 Lakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan
Unit Terkait	Instalasi pelayanan : Rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, rawat khusus, kamar operasi, kamar bersalin, radiologi

<b>CUCI TANGAN / HAND HYGIENE</b>	
	No. Dokumen
	No. Revisi : Halaman :
Pengertian	<p>Kebersihan tangan / hand hygiene adalah proses pembersihan kotoran dan mikroorganisme pada tangan yang didapat melalui kontak dengan pasien, petugas kesehatan lain, dan permukaan lingkungan (<i>flora transien</i>) dengan menggunakan sabun atau antiseptic dibawah air mengalir atau menggunakan handrub berbasis alcohol.</p> <p><b>Pembersihan tangan dengan cairan antiseptic (<i>handrub</i>)</b> adalah mencuci tangan dengan menggunakan cairan antiseptic yang berbahan dasar alcohol gel diseluruh permukaan tangan untuk meminimalkan tanpa menggunakan air dan handuk (pada tangan yang bersih)</p> <p><b>Pembersihan tangan dengan sabun antiseptic / cairan /larutan dan air mengalir (<i>handwash</i>)</b> adalah mencuci tangan dengan air mengalir dan menggunakan sabun / cairan antiseptic yang bertujuan membersihkan tangan dari transien mikroorganisme ditangan (pada tangan yang kotor)</p> <p><b>Pembersihan tangan bedah ( <i>Surgical handwash</i>)</b> pada tindakan operasi adalah proses menghilangkan atau menghancurkan mikroorganisme transien dan mikroorganisme yang tinggal dilapisan kulit yang lebih dalam serta didalam folikel rambut yang tidak dapat dihilangkan seluruhnya (<i>flora residen</i>). Membersihkan tangan dengan menggunakan sabun dibawah air mengalir dengan procedure tertentu agar tangan dan lengan bagian bawah bebas dari mikroorganisme.</p>
Tujuan	Meminimalkan atau menghilangkan mikroorganisme, mencegah transmisi mikroorganisme dari petugas ke pasien, dari pasien ke petugas, dari pasien ke pasien serta lingkungan pasien.
Kebijakan	Kebijakan rumah sakit tentang sasaran keselamatan pasien : pencegahan dan pengendalian infeksi pada pelayanan pasien
Prosedur	<p><b>A. Pembersihan tangan dengan sabun dan air mengalir</b></p> <p>Langkah –langkah Pembersihan tangan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gulung lengan baju lalu buka perhiasan yang digunakan, basahi tangan dengan air yang mengalir.</li> <li>2. Lakukan enam langkah kebersihan tangan menggunakan sabun berikut : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tuangkan handwash / sabun ke telapak tangan 3-5 cc lalu ratakan dengan kedua telapak tangan</li> <li>b. Gosok punggung dan sela – sela jari tangan kiri dengan tangan kanan, lalu gosok punggung dan sela – sela jari tangan kanan dan ulangi pada tangan kiri.</li> <li>c. Gosok telapak tangan dan sela – sela jari</li> <li>d. Jari – jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci dan saling digosokkan.</li> </ol> </li> </ol>

- e. Genggam ibu jari tangan kiri dengan menggunakan tangan kanan lalu gerakkan memutar seperti memegang setang motor ulangi juga untuk ibu jari tangan kanan.
  - f. Bersihkan kuku dengan cara menggosok ujung – ujung jari tangan kanan ke telapak tangan kiri dengan gerakakan memutar ulangi juga untuk ujung jari – jari tangan kiri.
3. Bilas kedua tangan secara sempurna dengan air mengalir, dengan cara mengulangi 6 langkah kebersihan tangan.
  4. Keringkan kedua tangan dengan tissue sekali pakai
  5. Gunakan bekas tissue tersebut untuk menutup kran air
  6. Sekarang tangan sudah aman (procedur dilakukan dengan waktu 30 – 60 detik).

**B. Pembersihan tangan dengan cairan antiseptic ( handrub)**

Langkah – langkah pembersihan tangan menggunakan Handrub

1. Gulung lengan baju lalu buka perhiasan yang digunakan
2. Lakukan 6 langkah Hand higine / kebersihan tangan menggunakan Handrub berikut :
  - a. Tuangkan handrub / larutan antiseptic berbasis alcohol ke telapak tangan 3-5 cc lalu ratakan dengan kedua telapak tangan
  - b. Gosok punggung dan sela – sela jari tangan kiri dengan tangan kanan, lalu gosok punggung dan sela – sela jari tangan kanan dengan tangan kiri.
  - c. Gosok telapak tangan dan sela – sela jari
  - d. Jari – jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci dan saling digosokkan.
  - e. Genggam ibu jari tangan kiri dengan menggunakan tangan kanan lalu gerakkan memutar seperti memegang setang motor ulangi juga untuk igu jari tangan kanan.
  - f. Bersihkan kuku dengan cara menggosok ujung – ujung jari tangan kanan ke telapak tangan kiri dengan gerakakan memutar ulangi juga untuk ujung jar – jari tangan kiri.

**C. Pembersihan Tangan Operasi**

Langkah – langkah pembersihan tangan operasi

1. Basahi tangan dan ujung jari sampai lengan
2. Tuangkan larutan antiseptic / sabun cuci tangan ketelapak tangan kiri sebanyak 3 – 5 cc
3. Rendamkan ujung – ujung jari tangan kanan dengan posisi menguncup kedalam larutan yang ada ditelapak tangan kiri lalu gosok dengan gerakan memutar sampai sabun berbusa untuk membersihkan kotoran – kotoran di kuku.
4. Usapkan sabun keseluruhan tangan kiri mulai dari ujung jari sampai ke siku dengan gerakan memutar
5. Ulangi gerakan 1 – 3 untuk tangan kiri dan kanan.
6. Lakukan 5 langkah kebersihan tangan operasi berikut :
  - a. Tuangkan lagi sabun ke telapak tangan 3-5 cc lalu ratakan dengan kedua telapak tangan
  - b. Gosok punggung dan sela – sela jari tangan kiri dengan tangan kanan, lalu gosok punggung dan sela – sela jari

	<p>tangan kanan dengan tangan kiri.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>c. Gosok telapak tangan dan sela – sela jari</li> <li>d. Jari – jari sisi dalam kedua tangan saling mengunci dan saling digosokkan.</li> <li>e. Genggam ibu jari tangan kiri dengan menggunakan tangan kanan lalu gerakkan memutar seperti memegang setang motor ulangi juga untuk ibu jari tangan kanan.</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Bilas kedua tangan secara sempurna dengan air mengalir dengan cara mengulangi 6 langkah kebersihan tangan, lalu diteruskan dengan membilas tangan sampai ke siku.</li> <li>8. Pertahankan kebersihan tangan dengan memposisikan telapak tangan lebih tinggi dari siku.</li> <li>9. Jangan menyentuh lingkungan sekitar sampai tiba dikamar operasi dan siap melakukan prosedur operasi.</li> </ol> <p><b>5 moment kebersihan tangan</b></p> <p>Moment 1 : sebelum kontak dengan pasien</p> <p>Moment 2 : Sebelum melakukan tindakan aseptis.</p> <p>Moment 3 : Setelah kontak dengan pasien</p> <p>Moment 4 : Setelah kontak dengan cairan tubuh pasien</p> <p>Moment 5 : Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien.</p>
Unit Terkait	<p><b>UNIT TERKAIT</b></p> <p>Semua area rumah sakit : Instalasi (rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, rawat khusus, kamar operasi, penunjang medik, penunjang non medik)</p>



**PRAKTIKUM II**  
**KOMUNIKASI EFEKTIF**  
**(PENGALIHAN PELAYANAN ANTAR UNIT/OPERAN PASIEN ANTAR**  
**STAF ( HAND OVER) DAN KOMUNIKASI SECARA LISAN/ MELALUI TELEPON )**

**A. TUJUAN PEMBELAJARAN**

**1. Tujuan Umum:**

Mahasiswa mampu mendemonstrasikan sasaran keselamatan pasien : Peningkatan komunikasi efektif

**2. Tujuan Khusus: Mahasiswa mampu**

- a. Mendemonstrasikan cara melakukan komunikasi efektif pada saat pengalihan pelayanan pasien antar unit
- b. Mendemonstrasikan cara melakukan komunikasi efektif pada saat pengalihan pelayanan pasien antar staf (operan pasien/hand over)
- c. Mendemonstrasikan cara melakukan komunikasi efektif secara lisan/ melalui telepon

**B. WAKTU PELAKSANAAN**

Dilaksanakan 1x170 menit.

**C. POKOK BAHASAN**

1. Komunikasi efektif dengan langkah SBAR dan TBaK

**D. MATERI**

**1. Komunikasi Efektif**

Komunikasi efektif, yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh resipien/penerima akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien. Komunikasi dapat secara elektronik, lisan, atau tertulis. Komunikasi yang paling mudah mengalami kesalahan adalah perintah diberikan secara lisan dan yang diberikan melalui telpon. Komunikasi lain yang mudah terjadi kesalahan adalah pelaporan kembali hasil pemeriksaan kritis, seperti laboratorium klinis menelpon unit pelayanan untuk melaporkan hasil pemeriksaan segera / cito dan nilai kritis.

Komunikasi efektif dapat terjadi dengan menggunakan suatu format baku agar komunikasi terstandar dan berlangsung secara efektif dan efisien. Salah satu format baku yang dipergunakan adalah format **SBAR** yang diikuti langkah **TBaK**. SBAR merupakan kerangka komunikasi yang mempermudah mengatasi hambatan dalam komunikasi. SBAR merupakan bentuk struktur yang mendasari komunikasi antar pemberi informasi dengan penerima informasi. SBAR mudah diingat dan praktis untuk komunikasi atau percakapan. **SBAR tersusun sebagai berikut :**

**S : Situation**

**B : Background**

**A : Assessment**

## **R : Recommendation**

Komunikasi secara lisan dan atau melalui telepon dilakukan dengan **metode TBaK:**

- a. Penerima perintah menulis perintah ( **T/Tulis** )
- b. Penerima perintah membacakan kembali perintah yang ditulis dan menanyakan kebenaran isi perintah ( **B/Baca** )
- c. Pemberi perintah memberikan konfirmasi kebenaran perintah yang telah ditulis dan telah dibacakan kembali tersebut ( **K/Konfirmasi** )

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

- a. Meningkatkan keamanan keselamatan pasien
- b. Memberikan standar untuk penyebaran atau berbagai informasi
- c. Meningkatkan kekuatan atau kejelasan 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

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

- a. Pasien rawat jalan dan pasien rawat inap
- b. Komunikasi pada kasus atau kondisi urgent dan non urgent.
- c. Komunikasi dengan pasien, perorangan atau lewat telepon
- d. Keadaan khusus antara dokter dengan perawat
- e. Membantu konsultasi antara dokter dengan dokter
- f. Mendiskusikan dengan konsultan profesional lain misalnya terapi respirasi, fisiotherapi.
- g. Komunikasi dengan mitra bestari
- h. Komunikasi pada saat pergantian shift jaga
- i. Meningkatkan perhatian
- j. Serah terima dari petugas ambulans kepada staf rumah sakit

## **Unsur SBAR dan penjelasan**

### **a. Situation (Situasi)**

Mengawali suatu komunikasi diperlukan pengenalan antara penyampai berita dan penerima berita. Dalam hal ini identitas petugas dan unit pelayanan kesehatan diinformasikan. Selain itu juga perlu disampaikan kepada penerima informasi yang petugas ajak berkomunikasi. Dalam situasi ini perlu petugas menjelaskan permasalahan yang dihadapinya misalnya pasien serta kekhawatiran bila tidak dilakukan tindakan. Dalam hal menginformasikan pasien disebutkan identitas pasien.

### **b. Background (Basis masalah)**

Berilah informasi riwayat medis pasien, atau informasi yang berkaitan dengan permasalahan yang ditemukan. Untuk pasien perlu dijelaskan atau digaris bawahi riwayat medis yang bermakna. Bila permasalahan dibidang lain misalnya sampel darah salah atau permasalahan obat maka poin penting dari permasalahan tersebut ditonjolkan.

### **c. Assesment (penilaian)**

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 yang sudah diberikan kepada pasien untuk mengatasi permasalahan sambil menunggu rekomendasi yang diterima petugas.

### **d. Recommendation (Rekomendasi)**

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

### Hal yang perlu diperhatikan

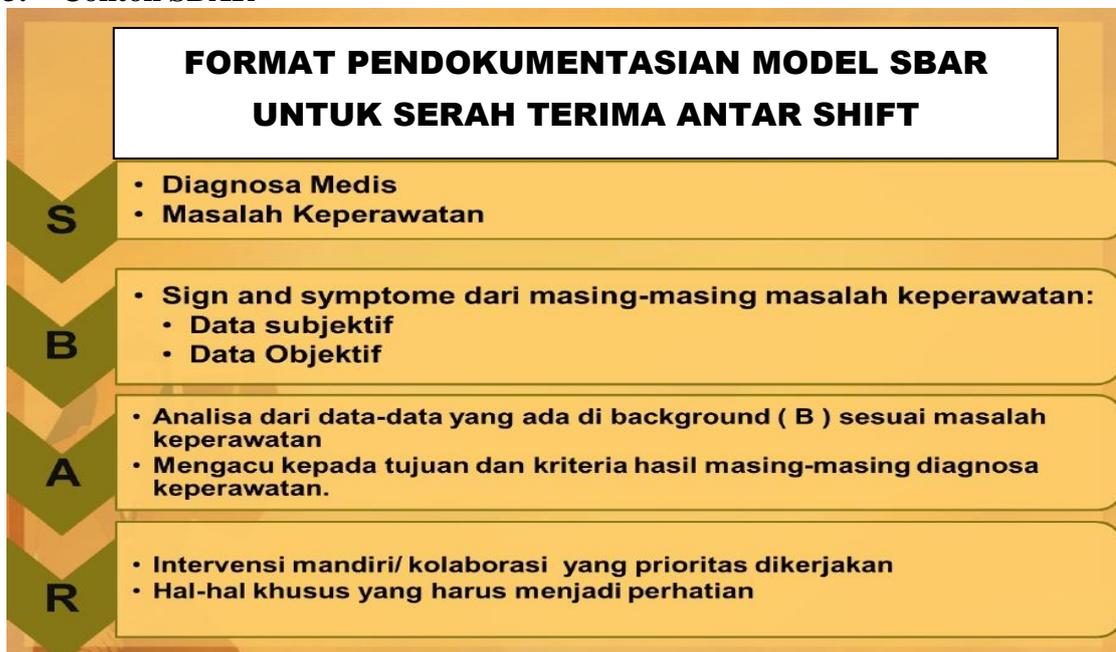
#### 1. Baca ulang (Readback)

Setiap pesan yang dilaksanakan melalui telpon, perlu dibaca ulang (readback) ringkasan oleh penerima berita (receiver) untuk mengecek akurasi berita dan kejelasan isi informasi tersebut. Hal ini diperlukan untuk meyakinkan bahwa penerima informasi mengerti dan jelas tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan informasi yang diterima. Setiap informasi yang diterima, harus ditulis dalam rekam medik pasien.

#### 2. Recording SBAR

Komunikasi efektif harus dicatat dengan akurat pada rekam medik pasien. Catatan tersebut harus dapat dibaca (Legible), ditanda tangani (Signed), diberi tanggal (Dated), dituliskan waktu serta ditulis dengan menggunakan tinta warna hitam.

#### 3. Contoh SBAR



#### CONTOH PENULISAN SBAR

**S** : Anak post op hari 1 dengan Craniotomi removal e.c Astrocitoma post pemasangan Vp Shunt

Masalah keperawatan :

- Gangguan perfusi jaringan cerebral
- Tidak efektifnya bersihan jalan nafas
- Resiko infeksi
- Resiko gangguan keseimbangan cairan : kurang

**B** : Ibu pasien mengatakan anak cenderung tidur, ubun-ubun tampak cekung, refleks menghisap kurang, tidak ada muntah . Breast feeding hanya 20 ml. Feeding susu 8 x 50 ml. GCS E3 M5 V menangis, pupil 2/2 reaksi positif, suhu 37,3<sup>0</sup> C, RR 24 x/mnt,

Ronchi dikedua lapang paru, HR 144 x/mnt, BAB tidak ada, hasil PA belum ada. Sedang terpasang NaCl/12 jam, BB 5,8 Kg

**A :** Perfusi jaringan serebral belum adekuat pasien masih cenderung tidur. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, batuk tidak efektif, tanda-tanda infeksi tidak ditemukan

**R :**

- Monitor status neurologi dan tanda-tanda peningkatan TIK
- Gunakan tehnik a/anti septik dalam merawat luka.
- Observasi balance cairan
- Kaji dan monitor status pernafasan
- Follow up dan diskusikan hasil PA

### **Komunikasi efektif secara lisan/ melalui telepon**

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

### **Form read back/ konfirmasi komunikasi secara lisan / melalui telepon**

Dilakukan dengan langkah SBAR dan TBaK

Penerima informasi	Pemberi informasi
Tgl :.....	Tgl :.....
Jam :.....	Jam :.....
Paraf :.....	Paraf :.....
Nama:.....	Nama:.....

### **E. REFERENSI**

Kemkes. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Diakses dari ([www.bprs.kemkes.go.id](http://www.bprs.kemkes.go.id)) pada Desember 2017.

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). 2015. *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Patient Safety Incident Report*. KKPRS: Jakarta. Diakses dari ([www.pdpersi.co.id](http://www.pdpersi.co.id)) pada Desember 2017.

Regina Pung Pung, A. 2014. *Patient Safety Administrasi Dan Manajemen Kesehatan*. Diakses dari ([www.academia.edu/9191556/patient\\_safety.htm](http://www.academia.edu/9191556/patient_safety.htm)) pada Desember 2017.

Tutiany dkk. 2017. *Manajemen Keselamatan Pasien: Bahan Ajar Keperawatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.

	<b>KOMUNIKASI EFEKTIF</b> <b>(PENGALIHAN PELAYANAN ANTAR UNIT/OPERAN PASIEN ANTAR STAF ( HAND OVER) DAN KOMUNIKASI SECARA LISAN / MELALUI TELEPON )</b>		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
Pengertian	Adalah penyampaian pesan yang dilakukan oleh pemberi pesan kepada penerima pesan pada saat pengalihan pelayanan antar unit, operan pasien antar staf (hand over), komunikasi antar staf secara lisan/ melalui telepon dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan dengan menggunakan langkah SBAR dan TBaK		
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terlaksananya komunikasi yang tepat akurat lengkap dan jelas sehingga tidak terjadi salah informasi/ salah persepsi / salah paham yang berdampak pada potensial terjadinya kejadian yang tidak diinginkan (KTD)</li> <li>2. Tercapainya pelayanan yang bermutu yang berfokus pada keselamatan pasien</li> </ol>		
Kebijakan	Kebijakan rumah sakit tentang komunikasi efektif untuk keselamatan pasien		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Petugas eksplorasi diri dan siap melakukan komunikasi</li> <li>2 Menyiapkan alat dengan lengkap</li> <li>3 Petugas melakukan komunikasi lisan/ melalui telepon</li> <li>4 Diawali dengan memberi salam dan memperkenalkan diri</li> <li>5 Lakukan identifikasi staf yang dituju dengan benar</li> <li>6 Menjelaskan tindakan yang akan dilakukan, tujuan , prosedur dan lama waktu yang akan digunakan</li> <li>7 Memberi kesempatan staf untuk bertanya sebelum melakukan komunikasi/laporan / operan</li> <li>8 Lakukan komunikasi dengan langkah SBAR dengan benar</li> <li>9 Lakukan komunikasi dengan langkah TBaK dengan benar</li> <li>10 Memberikan reinforcement</li> <li>11 Mengakhiri komunikasi dengan mengucapkan salam</li> <li>12 Membereskan alat</li> <li>13 Lakukan dokumentasi tindakan yang telah dilakukan dengan benar</li> </ol>		
Unit Terkait	Instalasi pelayanan: Rawat jalan, rawat darurat, rawat inap, rawat khusus, kamar operasi, kamar bersalin Instalasi penunjang medik: Laboratorium, Radiologi		



# PRAKTIKUM III

## PENGKAJIAN RESIKO JATUH DAN OBAT HIGH ALERT

### A. TUJUAN

1. Tujuan Umum
  - a. Mahasiswa mampu mendemonstrasikan sasaran keselamatan pasien : pengurangan resiko jatuh
  - b. Mahasiswa mampu cara mengelola obat high alert
2. Tujuan Khusus  
Mahasiswa mampu mendemonstrasikan ketepatan dalam :
  - a. Pengkajian resiko jatuh
  - b. Cara mengelola obat high alert

### B. WAKTU PELAKSANAAN

Dilaksanakan 1x170 menit.

### C. POKOK BAHASAN

- a. Pengkajian resiko jatuh
- b. Cara mengelola obat high alert

### D. MATERI

#### 1. PENGKAJIAN RESIKO JATUH

Perawat wajib melakukan pengkajian resiko jatuh untuk setiap pasien yang dirawat, guna meminimalkan resiko jatuh dengan metode :

##### a. "Morse Fall" untuk pasien dewasa

No	Pengkajian	Skala		Nilai	Ket
1	Riwayat jatuh : apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir.	Tidak	0		
		Ya	25		
2	Diagnosa sekunder : Apakah Lansia memiliki lebih dari satu penyakit.	Tidak	0		
		Ya	15		
3	Alat Bantu jalan : Bedrest / dibantu perawat		0		
	Kruk / tongkat / walker.		15		
	Berpegangan pada benda – benda sekitar. (Kursi, lemari, meja).		30		
4	Therapy intravena : Apakah saat ini lansia terpasang infus.	Tidak	0		
		Ya	20		
5	Gaya Berjalan / cara Berpindah: Normal / Besrest / immobile (tidak dapat bergerak sendiri)		0		
	Lemah tidak bertenaga.		10		

	Gangguan atau tidak normal (pincang atau diseret).		20		
6	Status mental: Lansia menyadari kondisi dirinya.		0		
	Lansia mengalami keterbatasan daya ingat		15		

Berdasarkan nilai dari table diatas nanti kita akan dapat mengklasifikasikan atau mendapatkan nilai sehingga kita dapat menentukan tingkat resiko Jatuh dari pasien yang kita nilai Dengan ketentuan skala morse dibawah ini.

Tingkatan Resiko	Nilai MPS	Tindakan
Tidak Beresiko	0 - 24	Perawatan Dasar
Resiko Rendah	25 - 50	Pelaksanaan Intervensi Pencegahan Jatuh Standar.
Resiko Tinggi	≥51	Pelaksanaan Intervensi Pencegahan Jatuh resiko tinggi

**b. “Humpty Dumpty” untuk pasien anak.**

Parameter	Kriteria	Nilai	Skor
Usia	< 3 Tahun	4	
	3 – 7 tahun	3	
	7 – 13 tahun	2	
	≥ 13 tahun	1	
Jenis Kelamin	Laki – laki	2	
	Perempuan	1	
Diagnosis	Diagnosis neurologi	4	
	Perubahan oksigenasi (diagnosis respiratorik, dehidrasi, anemia, anoreksia, Sinkop, Pusing, dll	3	
	Gangguan perilaku / psikiatri	2	
	Diagnosis lainnya	1	
Gangguan Kognitif	Tidak menyadari keterbatasan lainnya	3	
	Lupa akan adanya keterbatasan	2	
	Orientasi baik terhadap diri sendiri	1	
Faktor Lingkungan	Riwayat jatuh / bayi diletakkan ditempat tidur dewasa	4	
	Pasien menggunakan alat bantu / bayi diletakkan dalam tempat tidur bayi / perabot rumah.	3	
	Pasien diletakkan pada tempat tidur	2	
	Area diluar rumah sakit	1	
Pembedahan / sedasi/ anestesi	Dalam 24 jam	3	
	Dalam 48 jam	2	
	>48 jam dan tidak menjalani pembedahan / sedasi / anestesi.	1	

Penggunaan medikamentosa	Penggunaan multiple sedative, obat hypnosis, barbiturate, fenotiazid, antidepresan, pencahar, diuretic, narkose.	3	
	Penggunaan obat salah satu diatas	2	
	Penggunaan medikasi lainnya / atau tidak ada medikasi.	1	
Jumlah Skor Humpty Dumpty			

Berdasarkan nilai dari table diatas nanti kita akan dapat mengklasifikasikan atau mendapatkan nilai sehingga kita dapat menentukan tingkat resiko Jatuh dari pasien yang kita nilai :

Dengan ketentuan skala Humpty Dumpty dibawah ini :

Skor Penilaian Resiko jatuh (skor minimum 7, Skor maksimum 25)

- Skor 7 – 11 Resiko Rendah
- Skor  $\geq$  12 Resiko Tinggi

### c. “Ontario” untuk pasien orang tua

No	Parameter	Skrining	Jawaban	Keterangan Nilai
1.	Riwayat Jatuh	Apakah pasien datang keRS karena jatuh? Jika tidak, apakah pasien mengalami jatuhdalam 2 bulan terakhir ini ?	Ya / tidak Ya / Tidak	Salah satu jawaban ya = 6
2.	Status Mental	Apakah pasien delirium ? (Tidak dapat membuat keputusan, pola pikir tidak terorganisir, gangguan daya ingat ) Apakah pasien disorientasi ? (salah menyebutkan waktu, tempat atau orang ) Apakah pasien mengalami agitasi ? (ketakutan, gelisah, dan cemas)	Ya / Tidak Ya / Tidak Ya / Tidak	Salah satu jawaban ya = 14
3.	Penglihatan	Apakah pasien memakai kacamata ? Apakah pasien mengeluh adanya penglihatan buram ? Apakah pasien mempunyai glaukoma ?Katarak / degenerasi makula ?	Ya / Tidak Ya / Tidak Ya / Tidak	Salah satu jawaban ya = 1
4.	Kebiasaan Berkemih	Apakah terdapat perubahan perilaku berkemih? ( frekuensi, urgensi, inkontinensia, nokturia)	Ya / Tidak	Salah satu jawaban ya = 2
5.	Transfer ( dari tempat tidur ke kursi dan kembali lagi ketempat tidur )	Mandiri ( boleh memakai alat bantu jalan ) Memerlukan sedikit bantuan ( 1 orang ) / dalam pengawasan Memerlukan bantuan yang nyata ( 2 orang ) Tidak dapat duduk dengan seimbang, perlu bantuan total	0 1 2 3	Jumlah nilai transfer dan mobilitas jika nilai total 0 – 3 maka skor = 0 Jika nilai total 4 – 6, maka skor = 7
6.	Mobilitas	Mandiri ( boleh memakai alat bantu jalan ) Berjalan dengan bantuan 1 orang ( verbal / fisik ) Menggunakan kursi roda Imobilisasi	0 1 2 3	

Keterangan skor :

0-5 = resiko rendah

6-16 = resiko sedang

17-30 = resiko tinggi

Pengurangan resiko jatuh dilakukan dengan memberikan identifikasi jatuh pada setiap pasien, memberikan intervensi pada pasien yang beresiko serta memberikan lingkungan yang aman.

### **Prosedur Pelaksanaan Pengkajian Resiko Jatuh**

Prosedur ini dibagi menjadi tiga tahapan, yaitu :

#### **a. Tahap Persiapan**

- 1) Siapkan formulir identifikasi resiko pasien jatuh *Pediatric Humpty Dumpty* atau *Dewasa Morse* dan *Geriatric Ontario*
- 2) Siapkan alat tulis berupa pulpen biru, status pasien dan form catatan perkembangan pasien terintegrasi

#### **b. Tahap Pelaksanaan**

- 1) Sapa pasien dan keluarga pasien dengan memberitahukan nama, profesi dan unit kerja
- 2) Jelaskan kepada pasien dan keluarga bahwa akan dilakukan penilaian resiko jatuh pada pasien agar dapat meminimalkan resiko pasien jatuh
- 3) Pastikan kesesuaian identitas pada status pasien dengan menanyakan nama dan tanggal lahir pasien kemudian cocokkan dengan gelang identitas
- 4) Lakukan assesmen awal resiko jatuh pada pasien dengan menggunakan kriteria *Humpty Dumpty* (bagi pasien kurang dari sama dengan 14 tahun) atau *Morse* (bagi pasien usia 15-60 tahun) atau *Ontario Modified Startify Sidney Scoring* (bagi pasien lebih dari 60 tahun)
- 5) Lakukanlah tahapan berikut ini apabila pasien teridentifikasi memiliki resiko jatuh kategori tinggi :
  - Lakukan observasi berkala setiap 2 jam
  - Pastikan siderail dan rem tempat tidur selalu terpasang dan cukup penerangan
  - Pastikan bel pasien berada di samping pasien sehingga mudah terjangkau oleh pasien
  - Pastikan lantai tidak licin, tidak ada genangan air, dan pasien menggunakan alas kaki yang tidak licin
  - Berikan edukasi pasien dan keluarga tentang pencegahan jatuh (terlampir)
  - Pasangkan gelang resiko kuning pada pasien
  - Berikan tanda "RESIKO TINGGI JATUH" pada pintu masuk ruang rawat inap dan di bedhead pasien
- 6) Lakukanlah tahapan berikut ini apabila pasien teridentifikasi memiliki resiko jatuh kategori sedang :
  - Lakukan observasi berkala setiap 4 jam
  - Pastikan siderail dan rem tempat tidur selalu terpasang dan cukup penerangan
  - Pastikan bel pasien berada di samping pasien sehingga mudah terjangkau oleh pasien
  - Pastikan lantai tidak licin, tidak ada genangan air, dan pasien menggunakan alas kaki yang tidak licin

- Berikan edukasi pasien dan keluarga tentang pencegahan jatuh (terlampir)
- 7) Lakukanlah tahapan berikut ini apabila pasien teridentifikasi memiliki resiko jatuh kategori rendah :
    - Lakukan observasi berkala setiap shift, setiap 8 jam
    - Pastikan siderail dan rem tempat tidur selalu terpasang dan cukup penerangan
    - Pastikan bel pasien berada di samping pasien sehingga mudah terjangkau oleh pasien
    - Pastikan lantai tidak licin, tidak ada genangan air, dan pasien menggunakan alas kaki yang tidak licin
  - 8) Lakukanlah assesmen setiap kali pergantian shift perawat (pagi, siang dan malam).
  - 9) Lakukan assesmen ulang pada pasien yang mengalami perubahan kondisi fisik atau status mental, setelah pasien terjatuh, pasien pindahan dari ruangan lain dan saat pasien pulang.

**c. Tahap Pasca Pelaksanaan**

- 1) Isilah lembar pemberian informasi dan edukasi pasien setelah petugas selesai memberikan edukasi pencegahan pasien jatuh pada keluarga pasien. Pastikan keluarga pasien dan petugas pemberi informasi telah menandatangani dan memberikan nama jelas pada lembar pemberian informasi dan edukasi pasien.
- 2) Catat tindakan yang dilakukan dan assesmen skala resiko jatuh terakhir pada form catatan perkembangan pasien terintegrasi dalam status pasien
- 3) Tindakan selesai, ucapkan terimakasih kepada pasien dan keluarga
- 4) Rapiakan dan simpan kembali status pasien ke tempat semula

**EDUKASI KELUARGA TENTANG PENCEGAHAN PASIEN JATUH :**

1. Pastikan lantai tidak licin
2. Pastikan tidak ada genangan air
3. Pastikan pasien memakai alas kaki yang tidak licin
4. Bantu pasien saat pasien masuk di dalam kamar mandi, pastikan kamar mandi dalam keadaan kering
5. Pastikan pasien berada di atas tempat tidur dengan rem dan siderail tempat tidur terpasang
6. Pastikan semua kebutuhan pasien dalam jangkauan
7. Tempatkan meja, kursi dan lainnya pada tempat yang tidak menghalangi jalan
8. Pastikan pasien selalu ada yang menemani. Jangan tinggalkan pasien sendirian.

**2. Peningkatan Keamanan Obat High Alert**

Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai. Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengelola penggunaan elektrolit konsentrat.

**Maksud dan Tujuan**

Setiap obat jika salah penggunaannya dapat membahayakan pasien, bahkan bahayanya dapat menyebabkan kematian atau kecacatan pasien, terutama obat-obat yang perlu diwaspadai. Obat yang perlu diwaspadai adalah obat yang mengandung risiko yang meningkat bila kita salah menggunakan dan dapat menimbulkan kerugian besar pada pasien.

Obat yang perlu diwaspadai terdiri atas :

- a. Obat risiko tinggi, yaitu obat yang bila terjadi kesalahan (*error*) dapat menimbulkan kematian atau kecacatan seperti, insulin, heparin, atau kemoterapeutik;
- b. Obat yang nama, kemasan, label, penggunaan klinik tampak/kelihatan sama (*look alike*), bunyi ucapan sama (*sound alike*), seperti Xanax dan Zantac atau *hydralazine* dan *hydroxyzine* atau disebut juga nama obat rupa ucapan mirip (NORUM);
- c. Elektrolit konsentrat seperti *potasium* klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 2 mEq/ml, *potasium* fosfat dengan konsentrasi sama atau lebih besar dari 3 mmol/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 20%, 40%, atau lebih.

Ada banyak obat yang termasuk dalam kelompok NORUM. Nama-nama yang membingungkan ini umumnya menjadi sebab terjadi *medication error* di seluruh dunia. Penyebab hal ini adalah :

- 1) pengetahuan tentang nama obat yang tidak memadai;
- 2) ada produk baru;
- 3) kemasan dan label sama;
- 4) indikasi klinik sama;
- 5) bentuk, dosis, dan aturan pakai sama;
- 6) terjadi salah pengertian waktu memberikan perintah.

Daftar obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*) tersedia di berbagai organisasi kesehatan seperti *the World Health Organization* (WHO) dan *Institute for Safe Health Medication Practices* (ISMP), di berbagai perpustakaan, serta pengalaman rumah sakit dalam hal KTD atau kejadian sentinel. Isu tentang penggunaan obat adalah pemberian yang salah atau ketidaksengajaan menggunakan elektrolit konsentrat. Contohnya, *potasium* klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 2 mEq/ml, *potasium* fosfat dengan konsentrasi sama atau lebih besar dari 3 mmol/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9%, dan magnesium sulfat dengan konsentrasi 20%, 40%, atau lebih.

Kesalahan dapat terjadi jika petugas tidak memperoleh orientasi cukup baik di unit perawatan pasien dan apabila perawat tidak memperoleh orientasi cukup atau saat keadaan darurat. Cara paling efektif untuk mengurangi atau menghilangkan kejadian ini adalah dengan menetapkan proses untuk mengelola obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*) dan memindahkan elektrolit konsentrat dari area layanan perawatan pasien ke unit farmasi. Rumah sakit membuat daftar semua obat *high alert* dengan menggunakan informasi atau data yang terkait penggunaan obat di dalam rumah sakit, data tentang “kejadian yang tidak diharapkan” (*adverse event*) atau “kejadian nyaris cedera” (*near miss*) termasuk risiko terjadi salah pengertian tentang NORUM. Informasi dari perpustakaan seperti dari *Institute for Safe Health Medication Practices* (ISMP), Kementerian Kesehatan, dan lainnya. Obat-obat ini dikelola sedemikian rupa untuk menghindari kekuranghati-hatian dalam menyimpan, menata, dan menggunakannya termasuk administrasinya, contoh dengan memberi label atau petunjuk tentang cara menggunakan obat dengan benar pada obat-obat *high alert*.

Untuk meningkatkan keamanan obat yang perlu diwaspadai, rumah sakit perlu menetapkan risiko spesifik dari setiap obat dengan tetap memperhatikan aspek persepan, menyimpan, menyiapkan, mencatat, menggunakan, serta monitoringnya. Obat

*high alert* harus disimpan di instalasi farmasi/unit/depo. Bila rumah sakit ingin menyimpan di luar lokasi tersebut, disarankan disimpan di depo farmasi yang berada di bawah tanggung jawab apoteker.

### Elemen Penilaian

- Ada regulasi tentang penyediaan, penyimpanan, penataan, penyiapan, dan penggunaan obat yang perlu diwaspadai.
- Rumah sakit mengimplementasikan regulasi yang telah dibuat.
- Di rumah sakit tersedia daftar semua obat yang perlu diwaspadai yang disusun berdasar atas data spesifik sesuai dengan regulasi.
- Tempat penyimpanan, pelabelan, dan penyimpanan obat yang perlu diwaspadai termasuk obat NORUM diatur di tempat aman.
- Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mencegah kecurangan hati-hatian dalam mengelola elektrolit konsentrat.
- Elektrolit konsentrat hanya tersedia di unit kerja/instalasi farmasi atau depo farmasi.

### Pengelolaan obat *high-alert*

- Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
- Implementasi kebijakan dan prosedur
- Elektrolit konsentrat tidak boleh disimpan di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan.
- Elektrolit konsentrat yang disimpan di pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).
- Obat-obat golongan narkotika di simpan dalam almari dengan 2 pintu terkunci, dan kunci dibawa oleh 2 orang staf yang jaga sebagai penanggung jawab saat itu

No	KELOMPOK	CONTOH NAMA OBAT	LABEL	CARA PENYIMPANAN	LOKASI PENYIMPANAN
1	Obat NORUM/ LASA	Xanax - Zantac hydralazine – hydroxyzine dll	Kuning	Tempat tidak berdampian,nama obat ditulis besar sehingga mudah dibaca	Di semua Unit pelayanan di RS, Instalasi Farmasi
2	Obat resiko tinggi	insulin, heparin, kemoterapeutik, dll	Merah	Almari terkunci 1 pintu, lokasi dibatasi dengan stiker merah, kunci dibawa oleh penanggung jawab	Unit pelayanan tertentu:IGD,ICU, ICCU,Kamar operasi, Kamar bersalin, Instalasi farmasi
3	Obat – obat elektrolit konsentrat	potasium klorida => 2 mEq/ml  potasium fosfat =>3 mmol/ml  natrium klorida > 0,9%  magnesium sulfat =>20%, 40%	Merah	Almari terkunci 1 pintu, lokasi dibatasi dengan stiker merah, kunci dibawa oleh penanggung jawab	Unit pelayanan tertentu:IGD,ICU, ICCU,Kamar operasi, Kamar bersalin, Instalasi farmasi

		dll			
4	Obat – obat narkotika	fentanil, petidin, morfin, kodein, difenoksilat.	Merah	Almari terkunci 2 pintu, lokasi dibatasi dengan stiker merah, kunci dibawa oleh 1 orang penanggung jawab dan 1 orang tenaga kes lain yang tugas saat itu	Unit pelayanan tertentu:IGD,ICU, ICCU,Kamar operasi, Kamar bersalin, Instalasi farmasi

## DAFTAR PUSTAKA

Kemenkes. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Diakses dari ([www.bprs.kemkes.go.id](http://www.bprs.kemkes.go.id)) pada Desember 2017.

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). 2015. *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Patient Safety Incident Report*. KKPRS: Jakarta. Diakses dari ([www.pdpersi.co.id](http://www.pdpersi.co.id)) pada Desember 2017.

Regina Pung Pung, A. 2014. *Patient Safety Administrasi Dan Manajemen Kesehatan*. Diakses dari ([www.academia.edu/9191556/patient\\_safety.htm](http://www.academia.edu/9191556/patient_safety.htm)) pada Desember 2017.

Tutiany dkk. 2017. *Manajemen Keselamatan Pasien: Bahan Ajar Keperawatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.

	PENGKAJIAN RESIKO JATUH		
	No. Dokumen	No. Revisi Ke :	Halaman :
Pengertian	Pengkajian pasien risiko jatuh adalah sebuah proses untuk menilai dan mengevaluasi pasien yang mempunyai risiko jatuh		
Tujuan	Untuk meminimalisasi kejadian pasien jatuh di ruang rawat inap		
Kebijakan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang keselamatan pasien di rumah sakit</li> <li>2. SK Direktur tentang keselamatan pasien</li> </ol>		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawat melakukan screening pada setiap pasien yang masuk rawat inap dengan risiko jatuh dengan gejala sebagai berikut : penurunan kesadaran, kelemahan anggota gerak, penggunaan alat bantu jalan, kejang, riwayat penggunaan alkohol, riwayat penggunaan obat psikotropika.</li> <li>2. Perawat menggunakan panduan pengkajian risiko jatuh berupa : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Morse Fall Scale untuk pasien dewasa ( &gt; 18 tahun - &lt; 60 tahun)</li> <li>b. Humpty Dumpty Scale untuk pasien anak yang berusia : &gt; 12 – 18 tahun</li> <li>c. Ontario Scale untuk pasien geriatri ( &gt; 60 tahun)</li> </ol> </li> <li>3. Beri tanda risiko jatuh pada rekam medis pasien</li> <li>4. Pastikan tempat tidur/brankard dalam posisi rendah dan roda terkunci</li> <li>5. Pastikan pagar tempat tidur tertutup / berdiri</li> <li>6. Pastikan bahwa bel pemanggil perawat berfungsi dengan baik dan dapat dijangkau oleh pasien</li> <li>7. Lakukan pemasangan fiksasi fisik apabila diperlukan dengan persetujuan keluarga</li> <li>8. Beri penanda risiko tinggi jatuh berupa gelang identifikasi (gelang warna kuning)</li> <li>9. Pada pasien anak jelaskan pada orang tua tentang pencegahan jatuh</li> <li>10. Berikan edukasi pada pasien dan keluarga pasien dengan risiko jatuh untuk tidak mengubah posisi pengaman tanpa seijin perawat</li> <li>11. Melakukan pemantauan terhadap pasien dengan risiko jatuh secara berkala sesuai kondisi pasien</li> </ol>		
Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rawat Inap</li> <li>2. IGD</li> <li>3. ICU</li> </ol>		



# PRAKTIKUM IV

## PENGAJIAN NYERI, KEBUTUHAN EDUKASI DAN RESTRAINT

### A. TUJUAN

1. Tujuan Umum
  - a. Mahasiswa mampu mendemonstrasikan pengkajian nyeri
  - b. Mahasiswa mampu mendemonstrasikan pengkajian kebutuhan edukasi
  - c. Mahasiswa mampu melakukan restraint
2. Tujuan Khusus  
Mahasiswa mampu mendemonstrasikan ketepatan dalam :
  - a. Pengkajian nyeri
  - b. Pengkajian kebutuhan edukasi
  - c. Restraint

### B. WAKTU PELAKSANAAN

Dilaksanakan 1x170 menit.

### C. POKOK BAHASAN

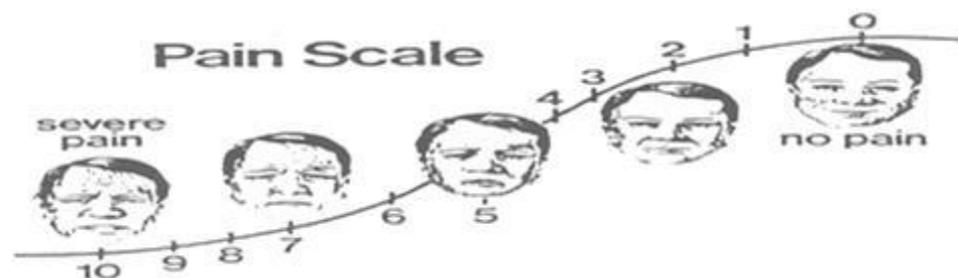
- a. Pengkajian nyeri
- b. Pengkajian kebutuhan edukasi
- c. Restraint

### D. MATERI

#### 1. PENGAJIAN NYERI

Nyeri adalah suatu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang dihubungkan dengan kerusakan jaringan atau potensial terjadinya kerusakan jaringan.(IASP)

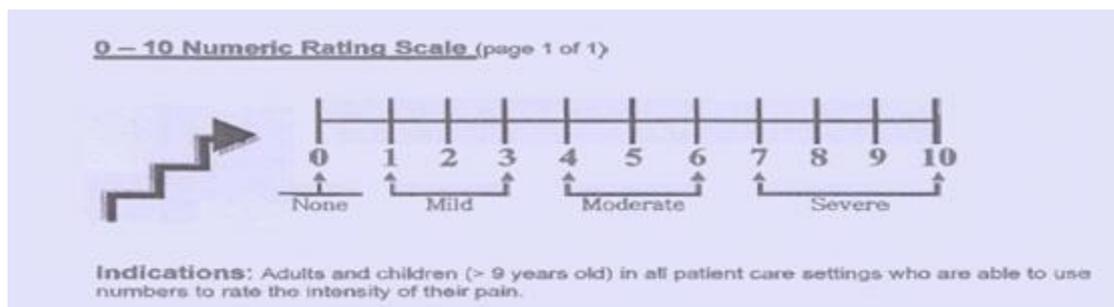
##### a. VAS (Visual Analoge Scale)



## CARA MENILAI:

1. Dokter atau perawat menjelaskan kepada pasien arti dari angka-angka 0-10. Semakin mendekati nol intensitas (tingkatan/ukuran) nyeri semakin ringan. Semakin mendekati angka 10 intensitas nyeri semakin kuat .
2. Selanjutnya pasien diminta untuk membuat tanda digaris (0-10 cm) tersebut untuk mengekspresikan nyeri yang dirasakan.
3. Nilai VAS antara 0-3 cm dianggap sebagai tingkat nyeri yang rendah dan digunakan sebagai target untuk tatalaksana analgesia.
4. Nilai VAS  $\geq 4$  cm dianggap nyeri sedang menuju berat.

### b. Numeric Rating Pain Scale ( Anak diatas 7 tahun dan dewasa )



## CARA MENILAI :

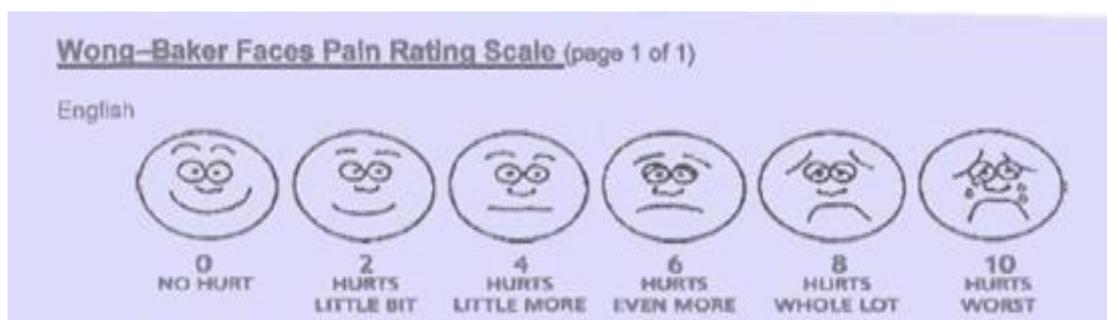
Pasien diminta untuk menyebutkan skala nyeri pasien dari 0 sampai 10

### *Numeric Rating Scale:*

- 0=tidak merasakan nyeri; dan 10=nyeri yang berat
- Nyeri ringan skala 1-3
- Nyeri sedang skala 4-7
- Nyeri berat 8-10

### c. Wong Baker Faces Pain Rating Scores

(dewasa dan anak-anak (> 3 tahun ) yang tidak dapat menjelaskan intensitas nyeri yang dirasakan



Skala ini berguna pada pasien dengan gangguan komunikasi, seperti anak-anak, orang tua, pasien yang kebingungan atau pada pasien yang tidak mengerti dengan bahasa lokal setempat.

## CARA MENILAI

Cukup dengan melihat ekspresi wajah pasien saat sedang diperiksa

### **Wong-Baker Face Scale:**

0=tidak merasakan nyeri; dan 10=nyeri yang sudah berat.

Nyeri ringan 1-3

Nyeri sedang 4-6

Nyeri berat 7-10

### **d. Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)**

Skala ini digunakan untuk menilai nyeri pada bayi usia kurang dari 12 bulan.

<b>PENGAJIAN NYERI</b>	
<b>Ekspresi Wajah</b>	
0 – Otot-otot relaks	Wajah tenang, ekspresi netral
1 – Meringis	Otot wajah tegang, alis berkerut, dagu dan rahang tegang (ekspresi wajah (-) – hidung, mulut dan alis)
<b>Menangis</b>	
0 – Tidak menangis	Tenang, tidak menangis
1 – Mengerang	Merengek ringan, kadang-kadang
2 – Menangis keras	Berteriak kencang, menaik, melengking, terus-menerus (catatan: menangis lirih mungkin dinilai jika bayi diintubasi yang dibuktikan melalui gerakan mulut dan wajah yang jelas)
<b>Pola Pernafasan</b>	
0 – Bernafas relaks	Pola bernafas bayi yang normal
1 – Perubahan pola pernafasan	Tidak teratur, lebih cepat dari biasanya, tersedak, nafas tertahan
<b>Lengan</b>	
0 – Relaks/terikat	Tidak ada kekakuan otot, gerakan tangan acak sekali-sekali
1 – Fleksi/ekstensi	Tegang, lengan lurus, kaku, dan/atau ekstensi cepat Ekstensi, fleksi
<b>Kaki</b>	
0 – Relaks/terikat	Tidak ada kekakuan otot, gerakan kaki acak sekali-sekali
1 – Fleksi/ekstensi	Tegang, kaki lurus, kaku, dan/atau ekstensi cepat Ekstensi, fleksi

<b>Keadaan kesadaran</b>	
0 – Tidur/terjaga	Tenang, tidur damai atau gerakan kaki acak yang terjaga
1 – Rewel	Tejaga, gelisah, dan meronta-ronta

**Interprestasi :**

<b>Skor</b>	<b>Level Nyeri</b>	<b>Intervensi</b>
0-2	Tidak nyeri – nyeri ringan	-
3-4	Nyeri ringan – nyeri sedang	Intervensi non-parmakologi dengan pemantauan tiap 30 menit
> 4	Nyeri berat	Intervensi non-parmakologis dan kemungkinan farmakologi dengan pemantauan tiap 30 menit

**Kapan dilakukan penilaian nyeri?**

- Sejak pertama kali pasien tersebut diperiksa
- Dilakukan penilaian kembali setelah pemberian penatalaksanaan nyeri

**Kapan dilakukan pengkajian ulang nyeri :**

- Setiap 30 menit – 1 jam setelah pemberian obat nyeri (tata laksana nyeri)
- Setiap 5 menit setelah pemberian nitrat atau obat intra vena pada pasien kardiak.
- Pada pasien yang menjalani prosedur yang menyakitkan
- Setiap shift jaga
- Sebelum transfer
- Sebelum pasien pulang.

**2. PENGKAJIAN KEBUTUHAN EDUKASI**

Pengkajian kebutuhan pendidikan pasien harus dilakukan untuk menentukan pilihan isi pengajaran. Pengkajian yang dilakukan berupa faktor yang mempengaruhi kandungan yang relevan, kemampuan belajar pasien dan sumber daya yang tersedia untuk instruksi. Pengkajian yang efektif akan menjadi dasar pengajaran pasien individu yaitu dengan mengajukan pertanyaan spesifik untuk menilai kebutuhan pembelajaran pasien yang unik (Potter & Perry, 2010).

Pendidikan berfokus pada pengetahuan dan keterampilan spesifik yang dibutuhkan pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan, berpartisipasi dalam asuhan dan asuhan berkelanjutan di rumah. Hal tersebut diatas berbeda dengan alur informasi pada umumnya antara staf dan pasien yang bersifat informatif tapi bukan bersifat pendidikan seperti lazimnya. Untuk memahami kebutuhan masing-masing pasien dan keluarganya, tersedia proses pengkajian untuk mengidentifikasi jenis pembedahan, prosedur invasif lainnya dan rencana pengobatan, kebutuhan perawat pendamping dan kebutuhan asuhan berkelanjutan di rumah setelah pasien pulang (KARS, 2012).

Pengkajian ini memungkinkan para pemberi asuhan merencanakan dan memberikan pendidikan sesuai kebutuhan. Pendidikan oleh staf rumah sakit diberikan kepada pasien dan keluarganya untuk membantu keputusan dalam proses asuhan (KARS, 2012).

Pendidikan yang diberikan sebagai bagian dari proses memperoleh informed consent untuk pengobatan (misalnya pembedahan dan anestesi) didokumentasikan di rekam medis pasien. Sebagai tambahan, bila pasien atau keluarganya secara langsung berpartisipasi dalam pemberian pelayanan (contoh : mengganti balutan, menyuapi pasien, memberikan obat, dan tindakan pengobatan), mereka perlu diberi pendidikan. Ketika kebutuhan pendidikan teridentifikasi, dicatat di rekam medis. Hal ini akan membantu semua petugas pemberi pelayanan berpartisipasi dalam proses pendidikan. Setiap rumah sakit hendaknya menetapkan lokasi dan format pengkajian pendidikan, perencanaan dan pemberian informasi dalam rekam medis pasien (KARS, 2012).

Elemen penting untuk memberikan asuhan keperawatan terencana yang efektif adalah relevansinya sebagai pengidentifikasi dalam pengkajian pasien. Sesuai dengan American Nurses Association Standards of Clinical Nursing Practice (ANA, 1991 dalam Doenges, 1999), pengkajian pasien dibutuhkan pada area berikut ini: fisik, psikologi, sosiokultural, spiritual, kognitif, kemampuan fungsional, perkembangan, ekonomi, dan gaya hidup. Pengkajian ini, digabungkan dengan hasil temuan-temuan medis serta pemeriksaan diagnostik, dicatat dalam data dasar pasien dan membentuk dasar yang kuat untuk mengembangkan rencana keperawatan pasien (Doenges, 1999). Penting bagi perawat melakukan pengkajian pada pasien agar pertanyaan - pertanyaan diarahkan pada permasalahan yang paling aktual dikeluhkan pasien karena setiap individu mempunyai karakteristik yang unik dalam hal keadaan umum sehingga sangat penting bagi perawat memperhatikan agar pengkajian dapat ditunjukkan secara langsung pada tujuan yang ingin perawat dapatkan (Muttaqqin, 2010).

### 3. RESTRAINT

Restraint merupakan suatu metode cara pembatasan gerak pasien yang disengaja terhadap perilaku / gerakan seseorang. Pengertian lainnya: *restraint* adalah suatu tindakan untuk menghambat/mencegah seseorang melakukan sesuatu yang diinginkan. Defenisi *restraint* ini beraku untuk semua penggunaan *restraint* di unit dalam rumah sakit. Pada umumnya, jika pasien dapat melepaskan suatu alat yang dengan mudah, maka alat tersebut tidak dianggap sebagai suatu *restraint*.

Isolasi/pengasingan adalah suatu tindak pengasingan terhadap pasien di dalam suatu ruangan dimana pasien tinggal sendiri dan dicegah secara fisik untuk meninggalkan ruangan tersebut. Isolasi hanya digunakan untuk tujuan penanganan tindakan yang membahayakan diri sendiri dan atau orang lain. Ruang isolasi ini harus dipastikan untuk selalu terkunci. Seorang pasien yang dipisahkan sendirian dalam suatu ruangan yang tidak dikunci tidak tergolong sebagai isolasi. Pengasingan pasien di suatu unit/ruang rawat yang dikunci bersama-sama dengan pasien lainnya juga tidak tergolong isolasi. *Timeout* tidak dianggap sebagai isolasi. *Timeout* adalah suatu intervensi dimana pasien setuju untuk ditempatkan sendirian dalam suatu area/ruangan dalam kurun waktu tertentu

dan pasien tidak dicegah secara fisik untuk meninggalkan ruangan. Pasien dapat meninggalkan ruangan dengan bebas.

### **Jenis Restraint**

#### **1. Pembatasan Fisik**

- a. Melibatkan satu atau lebih staf untuk memegangi pasien, menggerakkan pasien, atau mencegah pergerakan pasien.
- b. Jika pasien dapat dengan mudah meloloskan diri / melepaskan diri dari pegangan staf, maka hal ini tidak dianggap sebagai suatu *restraint*
- c. Pemegangan fisik: biasanya staf memegangi pasien dengan tujuan untuk melakukan suatu pemeriksaan fisik/tes rutin. Namun, pasien berhak untuk menolak prosedur ini.
  - 1) Memegangi pasien dengan tujuan untuk membatasi pergerakan pasien dan berlawanan dengan keinginan pasien termasuk suatu bentuk *restraint*.
  - 2) Pemegangan pasien secara paksa saat melakukan prosedur pemberian obat (melawan keinginan pasien) dianggap suatu *restraint*. Sebaiknya, walaupun terpaksa memberikan obat tanpa persetujuan pasien, dipilih metode yang paling kurang bersifat restriktif/sesedikit mungkin menggunakan pemaksaan.
  - 3) Pada beberapa keadaan, dimana pasien setuju untuk menjalani prosedur/medikasi tetapi tidak dapat berdiam diri/tenang untuk disuntik/menjalani prosedur, staf boleh memegangi pasien dengan tujuan prosedur/pemberian medikasi berjalan dengan lancar dan aman. Hal ini bukan merupakan *restraint*.
  - 4) Pemegangan pasien, biasanya anak/bayi, dengan tujuan untuk menenangkan/memberi kenyamanan kepada pasien tidak dianggap sebagai suatu *restraint*.

#### **2. Pembatasan Mekanis**

Melibatkan penggunaan suatu alat. Misalnya:

- a. Penggunaan sarung tangan khusus di ruang rawat intensif (*High Care Unit*)
- b. Peralatan sehari-hari: ikat pinggang/sabuk untuk mencegah pasien jatuh dari kursi, penggunaan pembatas di sisi kiri dan kanan tempat tidur (bedrails) untuk mencegah pasien jatuh/turun dari tempat tidur.
- c. Penggunaan side rails dianggap berisiko, terutama untuk pasien geriatri dan disorientasi. Pasien geriatri yang rentan berisiko terjebak diantara kasur dan side rails. Pasien geriatri yang rentan.

#### **3. Surveilans Teknologi**

- a. Teknologi yang digunakan dapat berupa: balut tekan (pressure pads), gelang pengenalan, televisi sirkuit tertutup, atau alarm pada pintu. Kesemuanya ini sering digunakan oleh staf untuk meningkatkan kewaspadaan terhadap pasien yang mencoba untuk keluar /kabur atau untuk memantau pergerakan pasien.

- b. Metode ini sering diterapkan dalam program perencanaan keperawatan pasien, yang disesuaikan dengan kebijakan organisasi dan mempunyai asesmen risiko serta panduan yang jelas.

#### 4. Pembatasan Kimia

- b. Melibatkan penggunaan obat-obatan untuk obat pasien
  - a. Obat-obatan dianggap sebagai suatu *restraint* hanya jika penggunaan obat-obatan tersebut tidak sesuai dengan standar terapi pasien dan penggunaan obat-obatan ini hanya ditujukan untuk mengontrol perilaku pasien / membatasi kebebasan bergerak pasien.
  - b. Obat-obatan ini dapat merupakan obat-obatan yang secara rutin diresepkan, termasuk obat yang dijual bebas.
  - c. Pemberian obat-obatan sebagai bagian dari tata laksana pasien tidak dianggap sebagai *restraint*. Misalnya obat-obatan psikotik untuk pasien psikiatri, obat sedasi untuk pasien insomnia, obat anti ansietas untuk pasien dengan gangguan cemas, atau analgesik untuk mengatasi nyeri.
  - d. Kriteria untuk menentukan suatu penggunaan obat dan kombinasinya tidak tergolong *restraint* adalah:
    - 1) Obat-obatan tersebut diberikan dalam dosis yang sesuai dan telah disetujui oleh *food and drug administration (FDA)* dan sesuai dengan indikasinya
    - 2) Penggunaan obat mengikuti/sesuai dengan standar praktik kedokteran yang berlaku
    - 3) Penggunaan obat untuk mengobati kondisi medis tertentu pasien didasarkan pada gejala pasien, keadaan umum pasien dan pengetahuan klinis/dokter yang merawat pasien
    - 4) Penggunaan obat tersebut diharapkan dapat membantu pasien mencapai kondisi fungsionalnya secara efektif dan efisien
    - 5) Jika secara keseluruhan efek obat tersebut menurunkan kemampuan pasien untuk berinteraksi dengan lingkungan sekitarnya secara efektif, maka obat tersebut tidak digunakan sebagai terapi standar untuk pasien
  - e. Tidak diperbolehkan menggunakan ‘pembatasan kimia’ (obat sebagai *restraint*) untuk tujuan kenyamanan staf, untuk mendisiplinkan pasien, atau sebagai metode untuk pembalasan dendam.
  - f. Efek samping penggunaan obat haruslah dipantau secara rutin dan ketat.
  - g. Contoh kasus: seorang pasien menjalani program detoksifikasi. Selama terapi ini, pasien menjadi agresif dan agitatif. Staf meresepkan obat yang bersifat *pro re nata* (kalau perlu) untuk mengatasi perilaku agitasi pasien. Penggunaan obat ini membantu pasien untuk berinteraksi dengan orang lain dan berfungsi dengan lebih efektif. Obat untuk mengatasi perilaku agitasi pasien ini merupakan standar terapi

untuk menangani kondisi medis pasien (misalnya: gejala withdrawal akibat alkohol/narkotika). Dalam kasus ini, penggunaan obat tidak dianggap sebagai *restraint*.

### 5. Pembatasan Psikologis

- a. Dapat meliputi pemberitahuan secara konstan/ terus-menerus kepada pasien mengenai hal-hal yang tidak boleh dilakukan atau memberitahukan bahwa pasien tidak diperbolehkan melakukan hal-hal yang mereka inginkan karena tindakan tersebut berbahaya.
- b. Pembatasan ini dapat juga berupa pembatasan pilihan gaya hidup pasien, seperti: memberitahukan kepada pasien mengenai waktu tidur dan waktu bangunnya.
- c. Contoh lainnya: pembatasan benda-benda/peralatan milik pasien, seperti: mengambil alat bantu jalan pasien, kacamata, pakaian sehari-hari, atau mewajibkan pasien menggunakan seragam rumah sakit dengan tujuan mencegah pasien untuk kabur/keluar.

Jika suatu tindakan memenuhi definisi *restraint*, hal ini tidak secara otomatis dianggap salah / tidak dapat diterima. Penggunaan *restraint* secara berlebihan dapat terjadi, tetapi pengambilan keputusan untuk mengaplikasikan *restraint* bukanlah suatu hal yang mudah. Suatu diskusi yang mendalam mengenai aspek etik, hukum, praktik, dan profesionalisme dilakukan untuk membantu tenaga kesehatan (misalnya perawat) memahami perbedaan antara penggunaan *restraint* yang salah / tidak dapat ditolerir dengan kondisi yang memang memerlukan tindakan *restraint*.

Tidaklah memungkinkan untuk membuat suatu daftar mengenai jenis *restraint* apa saja yang dapat ditetapkan kepada pasien dikarenakan pengaplikasiannya bergantung pada kondisi pasien saat itu. Suatu pembatasan fisik / mekanis / kimia dapat diterapkan pada kondisi tertentu, tetapi tidak pada kondisi lainnya.

Berikut adalah beberapa contoh perbandingan antara *restraint* dan bukan *restraint*;

No.	Contoh kasus	<i>Restraint</i> / bukan
-----	--------------	--------------------------

1	Saat dirawat dirumah sakit karena penyakit jantungnya, pasien tersebut mengalami hipertensi emergensi. Sebagai bagian dari terapinya, pasien disedasi berat dan dirawat HCU.	<b>Bukan <i>restraint</i></b> karena sedasi tersebut diberikan untuk mengobati penyakitnya bukan untuk mengontrol / membatasi perilakunya
2	Saat dirawat di RS karena penyakit jantung, pasien juga diketahui mengidap demensia dan sering berkeliaran di RS. Setelah 2 malam kurang tidur, kaki pasien mengalami edema yang cukup luas dan terdapat kekhawatiran bahwa pergerakan konstan tersebut dapat mengekskresasi penyakit jantungnya sehingga pasien diberi sedasi.	Dapat dianggap sebagai <b><i>restraint</i></b> karena sedasi diberikan untuk mengontrol perilaku pasien
3	Pasien geriatri dirawat di panti jompo dan mengalami susah tidur. Pasien sering berkeliaran di rumah untuk mencari istrinya. Staf meminta dokter untuk memberikan sedasi.	Sedasi dapat didefinisikan sebagai <b><i>restraint</i></b> karena ditujukan untuk mengontrol perilaku pasien
4	Pasien geriatrik dengan riwayat stroke berulang butuh bantuan untuk turun dari tempat tidur dan melakukan aktivitas sehari-hari. Pasien juga tidak mampu untuk mengkomunikasikan kebutuhannya. Pasien gelisah saat malam, mengalami spasme otot, dan beresiko jatuh dari tempat tidur. Perawat memutuskan untuk menggunakan <i>bedrails</i> untuk mengurangi risiko jatuh	<b>Bukan <i>restraint</i></b> karena <i>bedrails</i> tidak mengontrol perilaku pasien atau mencegah pasien untuk melakukan perilaku yang diinginkan
5	Pasien geriatrik dirawat di panti jompo setelah mengalami fraktur panggul. Pasien tidak stabil saat bergerak dan sering lupa menggunakan alat bantu jalannya. Keluarga sangat khawatir terjadi fraktur panggul berulang dan meminta perawat untuk menggunakan <i>bedrails</i> untuk mencegah pasien turun sendirian dari tempat tidur saat malam hari.	Dapat dianggap <b><i>restraint</i></b> karena mencegah keinginan pasien untuk turun dari tempat tidur.

## A. Indikasi

1. Pasien menunjukkan perilaku yang beresiko membahayakan dirinya sendiri dan atau orang lain.
2. Tahanan pemerintah (yang legal / sah secara hukum) yang dirawat di rumah sakit.
3. Pasien yang membutuhkan tata laksana emergensi (segera) yang berhubungan dengan kelangsungan hidup pasien.
4. Pasien yang memerlukan pengawasan dan penjagaan ketat di ruangan yang aman
5. *Restraint* atau isolasi digunakan jika intervensi lainnya yang lebih tidak restriktif tidak berhasil / tidak efektif untuk melindungi pasien, staf, atau orang lain dan ancaman bahaya

Indikasi ini diaplikasikan untuk:

1. Semua rumah sakit: rumah sakit layanan akut (*acute care*), layanan jangka panjang, rumah sakit jiwa, rumah sakit anak dan bunda, dan rumah sakit kanker
2. Semua lokasi di dalam rumah sakit: semua jenis perawatan, termasuk ruang rawat inap biasa, unit bedah/medis, HCU, IGD, forensik, ruang rawat psikiatri, ruang rawat anak, dan sebagainya
3. Semua pasien di rumah sakit, tanpa melihat usia, yang memenuhi indikasi
4. Rumah perawatan di luar rumah sakit (rumah sendiri atau panti jompo).

Indikasi ini tidak spesifik terhadap prosedur medis tertentu, namun disesuaikan dengan setiap perilaku individu dimana terdapat pertimbangan mengenai perlunya menggunakan *restraint* atau tidak. Keputusan penggunaan *restraint* ini tidak didasarkan pada diagnosis, tetapi melalui asesmen pada setiap individu secara komprehensif. Asesmen ini digunakan untuk menentukan apakah penggunaan metode yang kurang restriktif memiliki risiko yang lebih besar daripada risiko akibat penggunaan *restraint*. Asesmen komprehensif ini harus meliputi pemeriksaan fisik untuk mengidentifikasi masalah medis yang dapat menyebabkan timbulnya perubahan perilaku pada pasien. Misalnya : peningkatan suhu tubuh, hipoksia, hipoglikemia, ketidakseimbangan elektrolit, interaksi obat, efek samping obat dapat menimbulkan kondisi delirium, agitasi, dan perilaku agresif. Penanganan masalah medis ini dapat mengeliminasi atau meminimalisasi kebutuhan akan *restraint* / isolasi.

Dalam banyak kasus, *restraint* dapat dihindari dengan melakukan perubahan yang positif terhadap pemberian/penyediaan pelayanan kesehatan dan menyediakan dukungan pada pasien baik secara fisik maupun psikologis. Perlu dicatat bahwa pasien yang berkapasitas mental baik dapat meminta sesuatu, seperti penggunaan sabuk / ikat pengaman atau *bedrails* untuk meningkatkan rasa aman mereka. Meskipun hal ini mungkin tidak sejalan dengan rekomendasi perawat, pilihan pasien haruslah dihormati dan diikutsertakan dalam penyusunan / pembuatan rencana keperawatan pasien dan asesmen risiko.

Jika pasien tidak dapat memberikan persetujuan (*consent*), perawat seyogianya selalu menjelaskan tindakan yang akan dilakukan, berikut membantu pasien untuk memahami dan menyetujui tindakan tersebut. Suatu studi menyarankan bahwa penggunaan *restraint* pasien

yang delirium sekalipun, pasien tersebut akan sangat menghargai dan mengingat penjelasan perawat mengenai kondisi pasien dan alasan pasien dilakukan *restraint*, terutama untuk meyakinkan bahwa tindakan tersebut ditujukan untuk keselamatan pasien.

Salah satu cara untuk membantu tenaga kesehatan menghindari penggunaan *restraint* adalah dengan menyediakan lingkungan perawatan yang berkesan positif. Berikut adalah beberapa cara untuk menyediakan lingkungan yang positif:

1. Perawatan yang berpusat pada pasien, terutama yang mempunyai kebutuhan dukungan psikologis
2. Tingkat kebebasan dan risiko perawatan di rumah
3. Pencegahan kekerasan dan agresi
4. Pencegahan ide/ tindakan bunuh diri dan melukai diri sendiri
5. Pengalaman pasien di ruang rawat interisif (ICU)
6. Pemenuhan kebutuhan pasien demensia di ruang rawat RS
7. Pencegahan dan penanganan delirium
8. Menjaga harga diri dan martabat pasien selama asuhan keperawatan
9. Pencegahan risiko jatuh

#### **B. Dampak Negatif Penggunaan *Restraint***

1. Dampak fisik
  - Atrofi otot
  - Hilangnya / berkurangnya densitas tulang
  - Ulkus decubitus
  - Infeksi nosocomial
  - Strangulasi
  - Penurunan fungsional tubuh
  - Stress kardiak
  - Inkontinensia
2. Dampak psikologis
  - a. Depresi
  - b. Penurunan fungsi kognitif
  - c. Isolasi emosional
  - d. Kebingungan (*confusion*) dan agitasi

#### **Panduan**

1. Yang berwenang untuk membuat keputusan mengenai penggunaan *restraint* adalah dokter penanggungjawab pasien.
  - a. Jika rumah sakit menggunakan protokol yang mencakup juga mengenai penggunaan *restraint* / isolasi, instruksi spesifik dari dokter penanggungjawab pasien tetap diperlukan setiap kali hendak mengaplikasikan *restraint* / isolasi.
  - b. Jika dokter penanggungjawab pasien tidak hadir saat dibutuhkan instruksi, maka tanggungjawab inii harus didelegasikan kepada dokter lainnya. Dokter yang

- menerima delegasi nantinya akan mengkonsultasikan pasien kepada dokter penanggungjawab via telepon.
2. *Restraint* / isolasi merupakan suatu hal yang tidak terjadi setiap waktu, bukanlah hal yang rutin terhadap kondisi / perilaku tertentu pasien.
  3. Setiap pasien harus dinilai dan intervensi yang diberikan haruslah sesuai dengan kebutuhan dan kepentingan pasien
  4. *Restraint* / isolasi ini berperan sebagai cara / alternatif terakhir jika metode yang kurang restriktif lainnya tidak berhasil / tidak efektif untuk memastikan keselamatan pasien, staf, atau orang lain. Oleh karena itu, *restrain* ini tidak boleh dianggap sebagai prosedur / respons standar dalam penanganan pasien
  5. Instruksi mengenai penggunaan *restrain* / isolasi ini **tidak boleh** diberlakukan sebagai instruksi **pro re nata** (jika perlu)
    - a. Setiap episode penggunaan *restraint* / isolasi harus dinilai dan dievaluasi serta berdasarkan instruksi dokter.
    - b. jika pasien akhir-akhir ini baru terbebas dari penggunaan *restraint* / isolasi dan kemudian menunjukkan perilaku yang membahayakan dan hanya dapat diatasi oleh re-aplikasi *restraint* / isolasi, diperlukan instruksi baru untuk melakukan re-aplikasi.
    - c. Staf tidak boleh memberhentikan penggunaan *restraint* isolasi dan kemudian re-aplikasikannya kembali di bawah instruksi yang sama (sebelumnya).

**Pengecualian:**

- a. Penggunaan *side rails* yang diindikasikan di rekam medis pasien. Jika status pasien memerlukan penggunaan keempat *side rails* selama pasien di tempat tidur, tidak diperlukan instruksi *pro re nata*. Tidak diperlukan instruksi baru setiap kali pasien keluar / kembali ke tempat tidurnya.
  - b. Perilaku membahayakan diri sendiri. Jika pasien mengalami kondisi medis dan psikiatri kronis, seperti Sindrom Lesch-Nyham, dimana pasien menunjukkan perilaku membahayakan diri sendiri, suatu instruksi penggunaan *restraint* tidak perlu diperbaharui setiap kalinya. Tujuan penggunaan *restraint* ini adalah untuk mencegah cedera/bahaya pada diri sendiri.
6. Tidak terdapat kriteria mengenai perilaku apa saja yang dianggap membahayakan. Keputusan mengenai perilaku berbahaya ini dibuat berdasarkan penilaian oleh dokter (*clinical judgement*).
7. Instruksi penggunaan *restraint* / isolasi yang bertujuan untuk manajemen perilaku destruktif/ membahayakan harus dievaluasi dalam kurun waktu tertentu, seperti tercantum di bawah ini:
- a. 4 jam untuk dewasa > 18 tahun ke atas
  - b. 2 jam untuk anak dan remaja usia 9-17 tahun
  - c. 1 jam untuk anak < 9 tahun

8. **Perlu diketahui:** batas waktu evaluasi seperti yang di sebutkan diatas **tidak** berlaku pada kasus penggunaan *restraint* dengan tujuan manajemen perilaku non-destruktif.
9. Staf harus menilai dan memandu kondisi pasien secara berkala untuk memastikan bahwa pasien dapat dibebaskan dari *restraint* / isolasi pada waktu yang sedini mungkin
10. *Restraint* atau isolasi hanya boleh dilanjutkan selama kondisi membahayakan tersebut masih berlangsung
11. Jika kondisi membahayakan tersebut telah terstasi, penggunaan *restraint* atau isolasi harus segera dihentikan
12. Keputusan untuk menghentikan *restraint* harus berdasarkan pada pertimbangan bahwa *restraint* / isolasi tidak lagi dibutuhkan atau bahwa kebutuhan pasien dapat dipenuhi dengan metode yang kurang restriktif
13. Suatu kondisi pembebasan *restraint* sementara yang diawasi secara langsung oleh staf dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien (seperti pergi ke kamar mandi, makan, atau latihan gerak tubuh) tidak dianggap sebagai pemberhentian *restraint*. Selama pasien berada dalam pengawasan langsung oleh staf, tidaklah dianggap sebagai pemberhentian *restraint* karena pengawasan staf secara langsung dapat dianggap memiliki tujuan serupa dengan penggunaan *restraint*.
14. Pimpinan rumah sakit bertanggungjawab dalam menciptakan suatu budaya yang mendukung hak pasien untuk terbebas dan *restraint* / isolasi. Pimpinan harus memastikan sistem berjalan dengan baik, diimplementasikan, dan dievaluasi secara rutin. Sistem ini membantu menetapkan standar pelayanan pasien sehingga jika secara tidak langsung dapat meminimalisasi penggunaan *restraint* yang tidak tepat.
15. Penggunaan *restraint* disesuaikan dengan kebutuhan pasien, kondisi medis, riwayat penyakit, faktor lingkungan, dan preferensi pasien.
16. Dalam pengaplikasian *restraint*, terdapat beberapa persyaratan yang harus dipenuhi, yaitu:
  - a. Penggunaan *restraint* harus mempunyai batas waktu pemberlakuannya (maksimal 24 jam).
  - b. Pasien harus dievaluasi mengenai kondisi dan perlunya penggunaan *restraint* ini untuk dilanjutkan atau tidak. Batas waktu berlakunya *restraint* ini ditetapkan oleh rumah sakit.
17. Jika batas waktu berlakunya instruksi *restraint* hampir berakhir, perawat yang bertugas harus menghubungi dokter untuk melaporkan mengenai keadaan / kondisi kinis serta hasil asesmen dan evaluasi terkini pasien, sekaligus menanyakan apakah instruksi *restraint* ini akan dilanjutkan atau tidak (diperbaharui).
18. Untuk kasus aplikasi *restraint* pada pasien dengan **perilaku destruktif**:
  - a. Pasien harus ditemui dan dievaluasi secara langsung dalam waktu 1 jam setelah diberlakukannya instruksi *restraint* oleh:
    - 1) Dokter yang bertugas

- 2) Perawat / asisten dokter yang terlatih
  - b. Dokter yang bertanggung jawab terhadap pasien harus menemui pasien secara langsung dan melakukan asesmen dan evaluasi terhadap pasien sebelum menulis instruksi baru mengenai penggunaan *restraint* / isolasi (dalam 24 jam). Evaluasi ini berupa:
    - 1) Kondisi umum pasien saat itu
    - 2) Anamnesis: riwayat penyakit pasien, riwayat obat-obatan
    - 3) Pemeriksaan fisik
    - 4) Hasil pemeriksaan penunjang
    - 5) Reaksi / respon pasien terhadap *restraint* / isolasi
    - 6) Kondisi medis dan perilaku pasien
    - 7) Perlu atau tidaknya untuk menghentikan / melanjutkan tindakan *restraint* / isolasi
  - c. Evaluasi ini dilakukan untuk menentukan apakah *restraint* perlu dilanjutkan atau tidak, faktor-faktor apa saja yang berkontribusi terhadap perilaku destruktif pasien (misalnya interaksi obat, ketidakseimbangan elektrolit, hipoksia, sepsis), dan apakah aplikasi *restraint* ini telah sesuai dengan indikasi.
  - d. Jika dalam suatu kondisi tidak tersedia dokter, maka evaluasi ini dapat dilakukan oleh perawat / asisten dokter yang terlatih. Setelah evaluasi dilakukan, perawat / asisten dokter harus segera menghubungi dokter yang bertanggung jawab terhadap pasien. Pelaporan ini harus meliputi (minimal):
    - 1) Hasil evaluasi pasien
    - 2) Temuan-temuan terbaru mengenai kondisi pasien
    - 3) Diskusi mengenai perlu atau tidaknya untuk melanjutkan aplikasi *restraint* / isolasi
    - 4) Diskusi mengenai perlunya intervensi / tata laksana lainnya
19. Kesemuanya ini harus dicatat dalam rekam medis pasien, termasuk hasil asesmen dan evaluasi pasien dan alasan penggunaan *restraint* / isolasi
20. Aplikasi *restraint* / isolasi harus sejalan / sesuai dengan modifikasi tertulis dalam rencana asuhan keperawatan pasien.
- a. Penggunaan *restraint* / isolasi (termasuk obat dan alat) harus didokumentasikan dalam rencana perawatan / tata laksana pasien
  - b. Keputusan untuk menggunakan *restraint* / isolasi haruslah dicatat berikut alasan yang mendasarinya. Pengambilan keputusan ini didasarkan pada asesmen dan evaluasi pasien.
  - c. Rencana perawatan pasien harus ditinjau ulang dan diperbaharui dalam rekam medis sesuai tanggal spesifik diberlakukannya suatu *restraint* / isolasi.
21. Penggunaan *restraint* / isolasi harus diimplementasikan dengan teknik yang benar dan aman.

22. Penggunaan *restraint* / isolasi ini tidak boleh menjadi penghalang / penghambat dalam pemberian penanganan / intervensi lain yang juga diperlukan oleh pasien.
23. Penggunaan *restraint* / isolasi harus sesuai dengan instruksi dan dokter yang bertanggungjawab terhadap pasien
  - a. Pada kondisi emergensi dimana penggunaan *restraint* diperlukan segera sehingga akan terlalu lama jika menunggu instruksi / izin dari dokter terlebih dahulu, instruksi tersebut harus diperoleh segera (dalam hitungan menit) selama diaplikasikan.
24. Sebaiknya memilih metode yang paling tidak restriktif dalam mengaplikasikan *restraint*, tetapi harus tetap menjamin keselamatan pasien, staf, dan orang lain dari ancaman bahaya.
25. Penggunaan *restraint* untuk mengontrol perilaku pasien tidak boleh dianggap sebagai bagian dari pelayanan yang bersifat rutin
26. Penggunaan *restraint* untuk pencegahan jatuh tidak boleh dianggap sebagai bagian yang rutin dalam program pencegahan jatuh.
27. Tidak ada bukti bahwa penggunaan "*mechanical restraint*" (termasuk *bedrails*) akan mencegah atau mengurangi jatuh. Bahkan, kejadian jatuh yang terjadi pada pasien yang dilakukan pembatasan mekanis sering menimbulkan cedera yang lebih berat. Faktanya, di beberapa instansi, pengurangan dalam penggunaan 'pembatasan mekanis' dapat mengurangi risiko jatuh.
  - a. Contoh pasien sindrom Sundowner, dimana gejala demensia pasien menjadi lebih Jelas dan nyata sore hari dari pada di pagi hari. Pasien tidak berperilaku agresif atau namun pasien mengalami gangguan gaya berjalan yang tidak stabil dan terus-menerus berusaha untuk turun dari tempat tidur bahkan setelah staf menggunakan beberapa alternatif untuk menjaga pasien tetap berada di tempat tidurnya. Tidak ada 'bahaya' signifikan yang dihasilkan dari perilaku berkeliaran pasien. Staf meminta dokter untuk meresepkan sedatif dosis tinggi untuk 'menidurkan' pasien dan menjaganya tetap di tempat tidur. Pasien tidak mempunyai gejala / kondisi medis yang mengindikasikan perlunya menggunakan sedatif. Selain itu, pada tempat tidur pasien juga dipasang *bedrails*.
  - b. Penggunaan sedative pada kasus ini tergolong suatu *restraint* untuk pasien
  - c. Pemberian obat sedasi (sebagai *restraint*) dengan alasan bahwa pasien 'dapat' jatuh akibat perilaku berkeliarannya ini bukanlah suatu indikasi yang kuat. Sebenarnya, pada kasus ini, sedasi yang diberikan (*restraint*) bertujuan untuk 'kenyamanan' staf rumah sakit. Oleh karena itu, pemberian sedasi ini dianggap kurang tepat.
  - d. Saat menilai risiko jatuh pada pasien dan merencanakan asuhan keperawatan, staf harus mempertimbangkan apakah pasien mempunyai kondisi ,medis yang mengindikasikan kebutuhan akan intervensi protektif untuk mencegah pasien berkeliaran atau turun dan tempat tidur. Riwayat jatuh tanpa adanya penyakit medis yang mendasari tidak cukup kuat untuk mengindikasikan kebutuhan akan *restraint*.

- e. Penting diingat bahwa unsur ‘kenyamanan’ bukanlah alasan yang dapat diterima untuk melakukan *restraint* terhadap pasien.
28. *Restraint* tidak boleh dianggap sebagai pengganti pemantau pasien
29. Untuk menentukan perlu atau tidaknya menggunakan *restraint* , diperlukan suatu asesemen pada setiap individu secara komprehensif untuk menentukan kebutuhan akan *restraint* berikut jenis yang dipilih. Asesemen ini harus meliputi pernyataan di bawah ini (minimal):
- a. Apakah terdapat intervensi/ tindakan, pencegahan yang aman (selain *restraint*) yang dapat dilakukan untuk mengurangi risiko pasien mengalami cedera / berada dalam kondisi yang ‘membahayakan (misalnya terpeleset, tersandung, atau jatuh jika pasien turun dari tempat tidur)?
  - b. Apakah terdapat cara yang memungkinkan pasien untuk dapat bergerak dengan aman?
  - c. Apakah terdapat alat bantu yang dapat meningkatkan kemampuan pasien untuk mandiri?
  - d. Apakah terdapat kondisi / obat-obatan pada pasien yang menyebabkan ketidakseimbangan berjalan?
  - e. Apakah pasien bersedia untuk berjalan sambil dipapah / ditemani oleh staf?
  - f. Dapatkah pasien ditempatkan di kamar yang lebih dekat dengan pos perawat dimana pasien tersebut dapat diobservasi dengan lebih baik?
30. Jika dalam asesmen terdapat suatu kondisi medis yang mengidentifikasi perlunya intervensi untuk melindungi pasien dari ancaman bahaya, sebaiknya menggunakan metode yang paling tidak restriktif tapi efektif.
31. Penggunaan *restraint* harus sesuai dengan **prinsip etis** seperti di bawah ini:
- a. *Beneficence*: bertujuan untuk kepentingan pasien (bersifat menguntungkan pasien)
  - b. *Non-maleficence*: tidak membahayakan pasien / merugikan pasien
  - c. *Justice*: memperlakukan semua pasien dengan setara dan adil
  - d. *Autonomy*: menghargai hak pasien dalam mengambil keputusan terhadap dirinya sendiri
32. Dalam menggunakan *restraint*, harus dipertimbangkan antara risiko penggunaan *restraint* dengan risiko yang dapat timbul akibat perilaku pasien
33. Permintaan keluarga / pasien untuk menggunakan *restraint* (yang dianggap menguntungkan) bukanlah suatu hal yang dapat mendasari diaplikasikannya *restraint*. Permintaan ini haruslah mempertimbangkan kondisi pasien dan asesmen pasien.
34. Jika telah diputuskan bahwa *restraint* diperlukan, dokter harus menentukan jenis *restraint* apa yang akan dipilih dan dapat memenuhi kebutuhan pasien dengan risiko yang paling kecil dan pilihan yang paling menguntungkan untuk pasien
35. Staf harus mencatat di rekam medis pasien mengenai keputusan penggunaan *restraint* dan jenisnya. Dituliskan juga bahwa *restraint* yang di gunakan merupakan intervensi

yang paling tidak restriktif namun efektif untuk melindungi pasien dan penggunaan *restraint* diputuskan berdasarkan asesmen per-individu

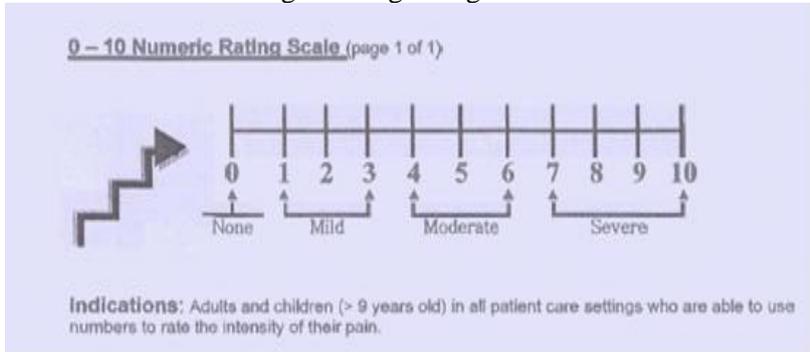
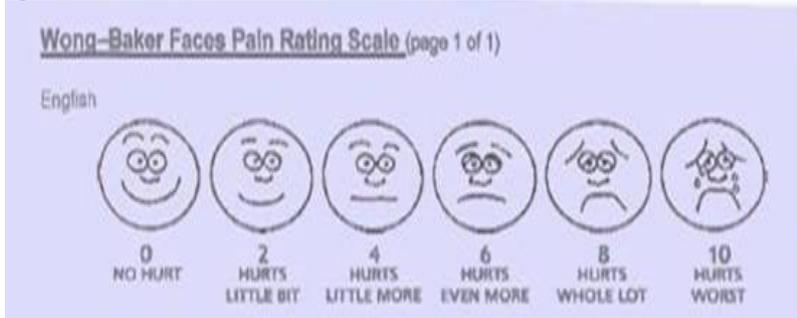
36. Selama penggunaan *restraint*, pasien harus dipastikan memperoleh asesmen, pemantauan, tata laksana, dan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.
37. **Prosedur** yang harus diobservasi sebelum dan setelah aplikasi *restraint*
  - a. Inspeksi tempat tidur, tempat duduk, *restraint*, dan peralatan lainnya yang akan digunakan selama proses *restraint* mengenai keamanan penggunaannya
  - b. Jelaskan kepada pasien mengenai alasan penggunaan *restraint*
  - c. Semua objek / benda yang berpotensi membahayakan (seperti sepatu, perhiasan, selendang, ikat pinggang, tali sepatu, korek api) harus disingkirkan sebelum *restraint* diaplikasikan
  - d. Setelah aplikasi *restraint*, pasien diobservasi oleh staf
  - e. Kebutuhan pasien, seperti makan, minum, mandi, dan penggunaan toilet akan tetap dipenuhi
  - f. Secara berkala, perawat akan menilai tanda vital pasien, posisi tubuh pasien, keamanan *restraint*, dan kenyamanan pasien.
  - g. Dokter harus diberitahu jika terdapat perubahan signifikan mengenai perilaku pasien
38. Aplikasi ***restraint* dan isolasi** secara bersamaan:
  - a. Hanya diperbolehkan jika pasien dipantau secara terus-menerus oleh:
    - 1) Staf bertugas yang berpengalaman dan terlatih
    - 2) Staf terlatih dan digunakan pemantauan dengan video dan audio atau observasi secara langsung. Alat pantau ini harus berjarak dekat dengan pasien.
  - b. Harus ada dokumentasi tertulis yang jelas mengenai alasan penggunaannya.
39. **Dokumentasi** meliputi:
  - a. Deskripsi kondisi pasien
  - b. Deskripsi perilaku pasien
  - c. Deskripsi alasan dan jenis penggunaan *restraint* / isolasi
  - d. Evaluasi perilaku dan kondisi medis pasien setelah pengaplikasian *restraint* / isolasi
  - e. Intervensi alternatif/ yang bersifat kurang restriktif yang telah dilakukan
  - f. Respons pasien terhadap intervensi yang digunakan, termasuk rasionalisasi penggunaan *restraint*/ isolasi
40. Penggunaan borgol, atau alat restriktif lainnya yang dilakukan oleh petugas keamanan pemerintah (non-rumah sakit) untuk tujuan penahanan, detensi, dan alasannya keamanan publik; dianggap sebagai alat pertahanan/ penegakan hukum dan tidak dianggap sebagai suatu intervensi *restraint* dalam layanan kesehatan yang digunakan oleh staf rumah sakit untuk mengekang pasien.
  - a. Petugas keamanan pemerintah yang bertugas mengawasi secara langsung tahanan yang dirawat di rumah sakit bertanggung jawab dalam penggunaan, aplikasi, dan pemantauan alat restriksi ini, disesuaikan juga dengan hukum setempat yang berlaku.

- b. Namun, rumah sakit juga tetap bertanggung jawab terhadap asesmen pasien yang adekuat dan tetap memperhatikan keselamatan pasien serta menjaga pemberian tata laksana yang sesuai standar.
41. Rumah sakit mewajibkan staf yang terlibat (staf yang mengaplikasikan *restraint*/ isolasi, staf yang bertugas memantau, menilai, atau memberikan pelayanan kepada pasien) memiliki pengetahuan dan memperoleh pelatihan mengenai :
- a. teknik untuk mengidentifikasi perilaku pasien, faktor-faktor yang dapat mempengaruhi, dan kejadian -kejadian yang membutuhkan *restraint*/ isolasi.
  - b. Cara untuk memilih intervensi apa yang paling tidak bersifat restriktif tapi efektif, berdasarkan pada asesmen kondisi medis / perilaku pasien
  - c. Cara mengaplikasikan *restraint* dengan aman
  - d. Cara mengidentifikasi perubahan perilaku spesifik yang mengedintifikasikan bahwa *restraint*/ isolasi tidak lagi diperlukan
  - e. Peninjauan kondisi fisik dan psikologis pasien yang mengalami *restraint* / isolasi, termasuk status respirasi dan sirkulasi, integritas kulit, dan tanda vital
  - f. Teknik melakukan resusitasi jantung paru<sup>9</sup>
42. Rumah sakit harus melaporkan **kasus kematian** yang berkaitan dengan penggunaan *restraint* / isolasi kepada pusat layanan kesehatan setempat. **Pelaporan** tersebut berupa:
- a. Laporan kasus kematian yang terjadi saat pasien dilakukan *restraint* / isolasi
  - b. Laporan kasus kematian yang terjadi dalam 24 jam setelah pasien dibebaskan dari *restraint* / isolasi.
  - c. Setiap kematian yang terjadi dalam waktu 1 minggu setelah pengaplikasian *restraint* / isolasi dimana terdapat pertimbangan bahwa *restraint* / isolasi ini berkontribusi baik secara langsung maupun tidak langsung terhadap kematian pasien

## E. REFERENSI

- Kemkes. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Diakses dari ([www.bprs.kemkes.go.id](http://www.bprs.kemkes.go.id)) pada Desember 2017.
- Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). 2015. *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Patient Safety Incident Report*. KKPRS: Jakarta. Diakses dari ([www.pdpersi.co.id](http://www.pdpersi.co.id)) pada Desember 2017.
- Regina Pung Pung, A. 2014. *Patient Safety Administrasi Dan Manajemen Kesehatan*. Diakses dari ([www.academia.edu/9191556/patient\\_safety.htm](http://www.academia.edu/9191556/patient_safety.htm)) pada Desember 2017.
- Tutiany dkk. 2017. *Manajemen Keselamatan Pasien: Bahan Ajar Keperawatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.

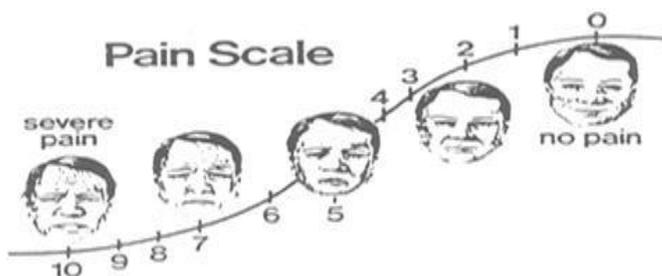


<b>PENGKAJIAN NYERI</b>							
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">No. Dokumen</td> <td style="width: 33%;">No. Revisi Ke:</td> <td style="width: 33%;">Halaman :</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	No. Dokumen	No. Revisi Ke:	Halaman :			
No. Dokumen	No. Revisi Ke:	Halaman :					
Pengertian	Assesment nyeri merupakan assesment yang dilakukan terhadap pasien jika didapatkan data subyektif dan atau data obyektif bahwa pasien mengalami nyeri						
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memahami pelayanan apa yang dicari pasien</li> <li>2. Memilih jenis pelayanan yang terbaik bagi pasien</li> </ol>						
Kebijakan	Setiap pasien rawat inap dan rawat jalan dilakukan skrining nyeri dan dilakukan assesmen terhadap rasa nyerinya						
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asesmen dilakukan oleh dokter atau perawat</li> <li>2. Cara melakukan assesmen nyeri : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengumpulkan data melalui anamnesis dan pemeriksaan fisik</li> <li>- Mengidentifikasi tingkat nyeri dengan skala nyeri dengan : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <b>Numeric Rating Scale ( Anak diatas 7 tahun dan dewasa )</b>  Instruksi : pasien akan ditanya mengenai intensitas nyeri yang dirasakan dan dilambangkan dengan angka antara 0 – 10 <div data-bbox="572 983 1382 1335" data-label="Image">  </div> </li> <li>b. <b>Wong Baker Faces Pain Scale (Dewasa dan anak-anak (&gt; 3 tahun ) yang tidak dapat menjelaskan intensitas nyeri yang dirasakan</b>  Instruksi : Cukup dengan melihat ekspresi wajah pasien saat sedang diperiksa <div data-bbox="572 1715 1369 2033" data-label="Image">  </div> </li> </ol> </li> </ul> </li> </ol>						

- 0=tidak merasakan nyeri; dan 10=nyeri yang sudah berat.
- Nyeri ringan 1-3
- Nyeri sedang 4-6
- Nyeri berat 7-10

c.

**VAS (Visual Analogue Scale)**



- Dokter atau perawat menjelaskan kepada pasien arti dari angka-angka 0-10. Semakin mendekati nol intensitas (tingkatan/ukuran) nyeri semakin ringan. Semakin mendekati angka 10 intensitas nyeri semakin kuat .
- Selanjutnya pasien diminta untuk membuat tanda digaris (0-10 cm) tersebut untuk mengekspresikan nyeri yang dirasakan.
- Nilai VAS antara 0-3 cm dianggap sebagai tingkat nyeri yang rendah dan digunakan sebagai target untuk tatalaksana analgesia.
- Nilai VAS  $\geq 4$  cm dianggap nyeri sedang menuju berat.

3. Tingkat nyeri ditulis dalam lembar asesmen pasien untuk selanjutnya dilakukan intervensi
4. Dilakukan asesmen nyeri ulang setiap shift dan atau setiap 30 menit – 1 jam setelah diberikan intervensi

Unit Terkait

1. Seluruh Unit kerja
2. Unit Khusus
3. Unit Rawat Inap
4. Unit Rawat Jalan

	<b>PENGAJIAN KEBUTUHAN EDUKASI</b>		
	No. Dokumen	No. Revisi Ke:	Halaman :
Pengertian	Pengkajian yang dilakukan oleh staf rumah sakit untuk mengidentifikasi kebutuhan pengetahuan masing-masing pasien dan keluarganya.		
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi ketrampilan dan pengetahuan yang merupakan kuatandan kelemahan pasien.</li> <li>2. Sebagai dasar dalam membuat perencanaan pendidikan pasien.</li> <li>3. Agar semua petugas yang ada di rumah sakit dapat berpartisipasi dalamproses pendidikan</li> </ol>		
Kebijakan	Assesment kebutuhan edukasi pasien dan keluarga dilakukan mulai pasien masuk rawat sampai dengan menjelang pulang sesuai kondisi pasien.		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan assesment tentang kebutuhan pendidikan semua pasien yang masuk ke rumah sakit dilakukan assesment tentang kebutuhan pendidikan</li> <li>2. Hasil pengkajian pendidikan pasien dicatat dalam rekam medik</li> <li>3. Pasien dan keluarga mendapatkan pendidikan tentang kondisi kesehatan dan diagnosa penyakit</li> <li>4. Pasien dan keluarga mendapatkan pendidikan tentang keamanan dan efektifitas penggunaan peralatan medis</li> <li>5. Pasien dan keluarga mendapatkan pendidikan tentang manajemen nyeri</li> <li>6. Pasien dan keluarga mendapatkan pendidikan tentang diet dan nutrisi yang memadai</li> <li>7. Pasien dan keluarga mendapatkan pendidikan tentang teknik rehabilitasi</li> <li>8. Setelah mendapatkan pendidikan pasien dilakukan verifikasi bahwa pasien telah menerima dan memahami pendidikan yang diberikan.</li> </ol>		
Unit Terkait	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seluruh Unit Keja</li> <li>2. Unit Rawat Inap</li> <li>3. Unit Rawat Jalan</li> <li>4. Unit Khusus</li> </ol>		

	<b>RESTRAINT</b>		
	No. Dokumen	No. Revisi Ke:	Halaman :
Pengertian	Restraint merupakan suatu metode cara pembatasan gerak pasien yang disengaja terhadap perilaku / gerakan seseorang		
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencegah terjadinya tindakan yang membahayakan diri sendiri, lingkungan, orang lain dan sebagai regimen terapi</li> <li>2. Sebagai acuan dalam melakukan tindakan pembatasan gerak pasien</li> <li>3. Agar kegiatan tindakan pembatasan gerak berjalan dengan efektif, efisien dan aman</li> </ol>		
Kebijakan	Setiap pasien rawat inap dan rawat jalan yang dilakukan pembatasan gerak secara sengaja.		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Persiapan Alat</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tali dengan bahan lunak/ jaket fiksasi</li> <li>b. Dekatkan alat – alat ke pasien</li> </ol> </li> <li><b>2. Persiapan Pasien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Lakukan tindakan dengan 5 S (senyum, salam, sapa, sopan, santun)</li> <li>b. Lakukan pengenalan diri dan identifikasi pasien</li> <li>c. Beritahu tujuan yang akan dilakukan</li> <li>d. Jelaskan prosedur pelaksanaan</li> <li>e. Buat persetujuan/inform consent dan tanyakan kesiapan</li> <li>f. Atur posisi pasien</li> </ol> </li> <li><b>3. Persiapan lingkungan</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Jaga privasi pasien</li> <li>b. Ciptakan lingkungan yang nyaman dan aman</li> <li>c. Jauhkan pasien dari benda-benda yang membahayakan seperti pisau, korek api dll.</li> </ol> </li> <li><b>4. Pelaksanaan</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Cuci tangan</li> <li>b. Tidurkan pasien terlentang diatas permukaan yang datar dan lunak, pakaian yang ketat dilonggarkan</li> <li>c. Patuhi komando ketua tim pada saat melakukan tindakan</li> <li>d. Lakukan pengikatan pada masing-masing ekstremitas satu pengikat</li> <li>e. Ikatan tidak boleh terlalu ketat sehingga tidak mengganggu peredaran darah</li> <li>f. Ikatkan masing-masing pengikat pada tempat tidur dengan posisi fisiologis.</li> <li>g. Observasi tempat ikatan pada ekstremitas untuk menjaga kemungkinan terjadi jeratan yang dapat mengganggu peredaran darah setiap 15 menit</li> <li>h. Penuhi semua kebutuhan dasar manusianya.</li> <li>i. Anjurkan keluarga terlibat dalam perawatan</li> <li>j. Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat.</li> <li>k. Observasi tanda-tanda vital</li> <li>l. Cuci tangan</li> </ol> </li> <li><b>5. Mengevaluasi perkembangan pasien</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Catat respon subyektif dengan obyektif klien</li> <li>b. Catat tindakan yang telah dilakukan</li> </ol> </li> <li><b>6. Merapikan pasien dan membersihkan alat</b></li> </ol>		

	<ul style="list-style-type: none"><li>a. Rapikan pasien dengan posisi yang nyaman</li><li>b. Bereskan alat alat yang tidak digunakan dan cuci yang alat</li><li>c. yang akan digunakan lagi</li><li>d. Catat dalam buku perawatan</li></ul>
Unit Terkait	<ul style="list-style-type: none"><li>1. Seluruh Unit Kerja</li><li>2. Unit Rawat Jalan</li><li>3. Unit Rawat Inap</li><li>4. Unit Khusus</li></ul>



# PRAKTIKUM V

## KEBUTUHAN PERAWATAN DIRI

### A. TUJUAN

1. Tujuan Umum  
Mahasiswa mampu melakukan pengkajian
2. Tujuan Khusus  
Mahasiswa mampu melakukan pengkajian kebutuhan perawatan diri ke pasien

### B. WAKTU PELAKSANAAN

Dilaksanakan 1x170 menit.

### C. POKOK BAHASAN

Pengkajian kebutuhan perawatan diri

### D. MATERI

#### 1. PENGKAJIAN KEBUTUHAN PERAWATAN DIRI

**Indeks Barthel** merupakan suatu instrument pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas serta dapat juga digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan.

Indeks Barthel menggunakan 10 indikator, yaitu :

No.	Item yang dinilai	Skor	Nilai
1.	Makan ( <i>Feeding</i> )	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan memotong, mengoles mentega dll. 2 = Mandiri	
2.	Mandi ( <i>Bathing</i> )	0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri	
3.	Perawatan diri ( <i>Grooming</i> )	0 = Membutuhkan bantuan orang lain 1 = Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur	
4.	Berpakaian ( <i>Dressing</i> )	0 = Tergantung orang lain 1 = Sebagian dibantu (misal mengancing baju) 2 = Mandiri	
5.	Buang air kecil ( <i>Bowel</i> )	0 = Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 = Kadang Inkontinensia (maks, 1x24 jam)	

		2 = Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)	
6.	Buang air besar ( <i>Bladder</i> )	0 = Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1 = Kadang Inkontensia (sekali seminggu) 2 = Kontinensia (teratur)	
7.	Penggunaan toilet	0 = Tergantung bantuan orang lain 1 = Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri 2 = Mandiri	
8.	Transfer (berpindah)	0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 = Bantuan kecil (1 orang) 3 = Mandiri	
9.	Mobilitas	0 = Immobile (tidak mampu) 1 = Menggunakan kursi roda 2 = Berjalan dengan bantuan satu orang 3 = Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat)	
10.	Naik turun tangga	0 = Tidak mampu 1 = Membutuhkan bantuan (alat bantu) 2 = Mandiri	

Interpretasi hasil :

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan Ringan

9-11 : Ketergantungan Sedang

5-8 : Ketergantungan Berat

0-4 : Ketergantungan Total

## E. REFERENSI

Elrifda, Solha. 2011. "Budaya Patient Safety dan Karakteristik Kesalahan Pelayanan: Implikasi Kebijakan Salah Satu Rumah Sakit di Kota Jambi". *Kesmas, Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Volume 6 No 2*. Jambi: Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan.

Kemendes. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Diakses dari ([www.bprs.kemkes.go.id](http://www.bprs.kemkes.go.id)) pada Desember 2017.

Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). 2015. *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) Patient Safety Incident Report*. KKPRS: Jakarta. Diakses dari ([www.pdpersi.co.id](http://www.pdpersi.co.id)) pada Desember 2017.

Regina Pung Pung, A. 2014. *Patient Safety Administrasi Dan Manajemen Kesehatan*.

Diakses dari ([www.academia.edu/9191556/patient\\_safety.htm](http://www.academia.edu/9191556/patient_safety.htm)) pada Desember 2017.

Tutiany dkk. 2017. *Manajemen Keselamatan Pasien: Bahan Ajar Keperawatan*. Jakarta:

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia

Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.



## PENGKAJIAN KEBUTUHAN PERAWATAN DIRI

	PENGKAJIAN KEBUTUHAN PERAWATAN DIRI		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
Pengertian	Pengkajian yang berfungsi mengukur kemandirian fungsional dalam hal perawatan diri dan mobilitas.		
Tujuan	Menilai kemampuan fungsional bagi pasien-pasien yang mengalami gangguan keseimbangan		
Kebijakan	Setiap pasien rawat inap dan rawat jalan dilakukan pengkajian terhadap kebutuhan perawatan diri		
Prosedur	<p>1. Persiapan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Instrumen penilaian Indeks Barthel</li> <li>b. Catatan dokumentasi</li> </ol> <p>2. Penilaian kebutuhan perawatan diri :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Makan (Feeding)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0 : Tidak mampu</li> <li>- 1 : Butuh bantuan memotong, mengoles mentega dll.</li> <li>- 2 : Mandiri</li> </ul> </li> <li>b. Mandi (Bathing)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0 : Tergantung orang lain</li> <li>- 1 : Mandiri</li> </ul> </li> <li>c. Perawatan diri (Grooming)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0 : Membutuhkan bantuan orang lain</li> <li>- 1 : Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi, dan bercukur</li> </ul> </li> <li>d. Berpakaian (Dressing)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0 : Tergantung orang lain</li> <li>- 1 : Sebagian dibantu (misal mengancing baju)</li> <li>- 2 : Mandiri</li> </ul> </li> <li>e. Buang air kecil (Bowel)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0 : Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol</li> <li>- 1 : Kadang Inkontinensia (maks, 1x24 jam)</li> <li>- 2 : Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)</li> </ul> </li> <li>b. Buang air besar (Bladder)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0 : Inkontinensia</li> </ul> </li> </ol>		

	<p>(tidak teratur atau perlu enema)</p> <p>1 : Kadang Inkontensia (sekali seminggu)</p> <p>2 : Kontinensia (teratur)</p> <p>c. Penggunaan toilet</p> <p>- 0 : Tergantung bantuan orang lain</p> <p>- 1 : Membutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri</p> <p>- 2 : Mandiri</p> <p>d. Transfer</p> <p>- 0 : Tidak mampu</p> <p>- 1 : Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang)</p> <p>- 2 : Bantuan kecil (1 orang)</p> <p>- 3 : Mandiri</p> <p>e. Mobilitas</p> <p>- 0 : Immobile (tidak mampu)</p> <p>- 1 : Menggunakan kursi roda</p> <p>- 2 : Berjalan dengan bantuan satu orang</p> <p>- 3 : Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat)</p> <p>f. Naik turun tangga</p> <p>- 0 : Tidak mampu</p> <p>- 1 : Membutuhkan bantuan (alat bantu)</p> <p>- 2 : Mandiri</p> <p>3. Kategori Skor Penilaian</p> <p>Interpretasi hasil :</p> <p>20 : Mandiri</p> <p>12-19 : Ketergantungan Ringan</p> <p>9-11 : Ketergantungan Sedang</p> <p>5-8 : Ketergantungan Berat</p> <p>0-4 : Ketergantungan Total</p>
Unit Terkait	<p>1. Unit Rawat Inap</p> <p>2. Unit Rawat Jalan</p> <p>3. Unit Rawat Khusus (ICU, ICCU, stroke)</p>



# PRAKTIKUM VI

## PEMAKAIAN APD & PENCEGAHAN INFEKSI

### A. TUJUAN

1. Tujuan Umum  
Mahasiswa mampu melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi
2. Tujuan Khusus  
Mahasiswa mampu mendemonstrasikan pemakaian APD  
Mahasiswa mampu mendemonstrasikan pencegahan infeksi

### B. WAKTU PELAKSANAAN

Dilaksanakan 1x170 menit.

### C. POKOK BAHASAN

3. Pemakaian APD
4. Pencegahan infeksi

### D. MATERI

#### 1. Pemakaian APD

APD atau alat pelindung diri sangat penting dipergunakan oleh dokter, dokter gigi, perawat, bidan, perawat gigi ketika melakukan perawatan terhadap pasien (mencegah infeksi silang) baik itu di rumah sakit, puskesmas maupun fasilitas kesehatan yang lainnya.

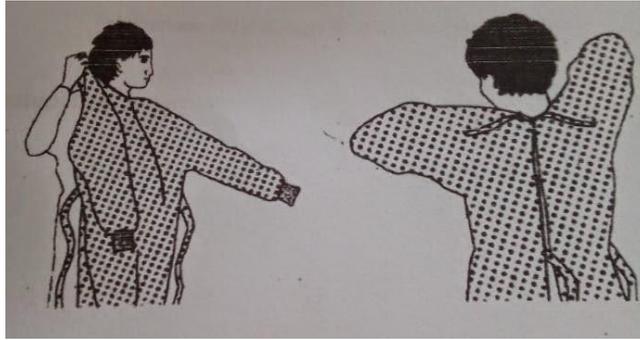
#### **Faktor penting yang harus diperhatikan pada pemakaian APD :**

- a. Kenakan APD sebelum kontak dengan pasien, umumnya sebelum memasuki ruangan (tindakan atau operasi)
- b. Gunakan dengan hati-hati jangan menyebarkan kontaminasi
- c. Lepas dan buang secara hati-hati ke tempat limbah infeksius yang telah disediakan di ruang ganti khusus. Lepas masker di luar ruangan
- d. Segera lakukan pembersihan tangan dengan langkah-langkah membersihkan tangan sesuai pedoman

#### **Langkah-Langkah memakai APD pada perawatan ruang isolasi kontak dan airborne adalah sebagai berikut :**

1. Kenakan baju kerja sebagai lapisan pertama pakaian pelindung
2. Kenakan pelindung kaki
3. Kenakan sepasang sarung tangan pertama
4. Kenakan gaun luar
5. Kenakan celemek plastik
6. Kenakan sepasang sarung tangan kedua.
7. Kenakan masker
8. Kenakan penutup kepala
9. Kenakan pelindung mata

## Prinsip pemakaian APD :



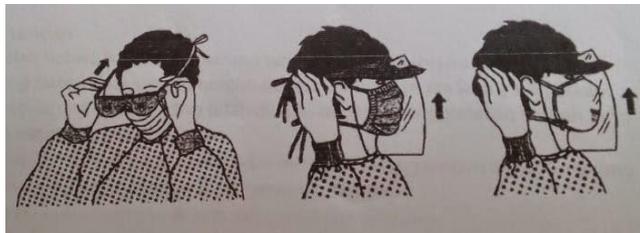
### 1. Gaun Pelindung

- Tutupi badan sepenuhnya dari leher hingga lutut, lengan hingga pergelangan tangan dan selubungkan ke belakang punggung
- Ikat di bagian belakang leher dan pinggang



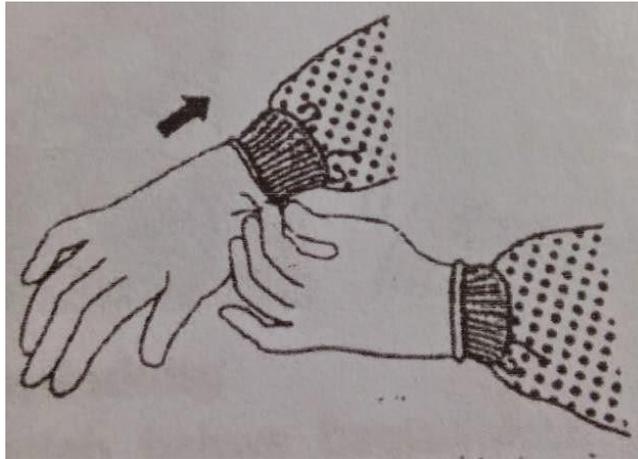
### 2. Masker

- Eratkan tali atau karet elastis pada bagian tengah kepala dan leher
- Paskan klip hidung dari logam fleksibel pada batang hidung
- Paskan dengan erat pada wajah dan di bawah dagu sehingga melekat dengan baik
- Periksa ulang pengepasan masker



### 3. Kacamata atau pelindung wajah

Pasang pada wajah dan mata dan sesuaikan agar pas



#### 4. Sarung tangan

Tarik hingga menutupi bagian pergelangan tangan gaun isolasi

## 2. Pencegahan Infeksi

Pencegahan dan Pengendalian Infeksi adalah upaya untuk memutus rantai penularan penyakit infeksi menuju perlindungan pasien, petugas kesehatan, pengunjung dan masyarakat. Infeksi rumah sakit (IRS) atau *hospital acquired infeksiion* (HAIs) adalah infeksi yang didapat di RS karena perawatan, bertugas, atau berkunjung ke RS yang terjadi pada pasien, petugas atau pengunjung RS, yaitu infeksi RS yang mengenai pasien yang didapat atau timbul pada waktu pasien dirawat di RS sesuai kriteria:

a. Pada saat masuk rumah sakit tidak ada tanda/gejala atau tidak dalam masa inkubasi infeksi tersebut.

Infeksi terjadi 2 x 24 jam setelah pasien dirawat di rumah sakit sampai dengan 10 hari pasca keluar RS, kecuali infeksi luka operasi sampai dengan 30 hari pasca tindakan operasi (tanpa implant) atau 1 tahun pasca pemasangan implant: atau

b. Infeksi pada lokasi sama tetapi disebabkan oleh mikroorganisme yang berbeda dan mikroorganisme pada saat masuk rumah sakit atau mikroorganisme sama tetapi lokasi infeksi berbeda.

## E. REFERENSI

1. Royal Collage of Nursing. Let's talk about *restraint*: rights, risks and responsibility. London: Royal College of Nursing; 2008.
2. Guidelines for *restraint* or seclusion. 2012.
3. Irish Nurses Organisation. Guidelines on the use of *restraint* the care of the older person Dublin: Irish Nurses Organisation; 2003.
4. Nurses Board South Australia. *Restraints*: guideline for nurses and midwives in South Australia.2008.
5. Sower WP, Wharton E, Weaver A. *Restraints*, seclusion, and patient rights standards for hospitals under the Medicare / Medicaid program.

6. National Council for Community Behavioral Healthcare. Policy resources: *restraints* and seclusion – rules chart. CMS revised rules (key provisions). 2012.
7. Manohar R. Manual of operations *restraint* policy.2008.
8. South Eastern Sydney Illawarra.*Restraint* policy – use of (adult patient).2006.
9. Joint Commission standards on *restraint* and seclusion / nonviolent crisis intervention training program. Nonviolent crisis intervention: a CPI specialized offering.2009.
10. Hilo Medical Center. *Restraint* / seclusion / physician order sheet patient care plan.2009.

	PEMAKAIAN APD		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
Pengertian	APD adalah Alat Pelindung Diri, alat yang digunakan untuk melindungi petugas dari tertularnya penyakit.		
Tujuan	Untuk mencegah penularan penyakit dari pasien ke petugas maupun dari petugas ke pasien dan lingkungan sekitar		
Kebijakan	Kebijakan PPI		
Prosedur	<p><b>Langkah-langkah penggunaan APD :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan pakaian pelindung atau bayu operasi</li> <li>2. Kenakan sepatu bot</li> <li>3. Kenakan sarung tangan pertama</li> <li>4. Kenakan gaung luar</li> <li>5. , Kenakan clemek plastic</li> <li>6. Kenakan sarung tangan kedua</li> <li>7. Kenakan masker</li> <li>8. Kenakan penutup kepala</li> <li>9. Kenakan alat pelindung mata</li> </ol> <p><b>Langkah-langkah melepas APD :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disinfeksi sepasang sarung tangan bagian luar</li> <li>2. Desinfeksi celemek dan sepatu but</li> <li>3. Lepaskan sepasang sarung tangan bagian luar</li> <li>4. Lepaskan celemek</li> <li>5. Lepaskan gaung bagian luar</li> <li>6. Desinfeksi tngan yang menggunakan sarung tangan</li> <li>7. Lepaskan pelindung mata</li> <li>8. Lepaskan pelindung kepala</li> <li>9. Lepaskan masker</li> <li>10. Lepaskan sepatu bot</li> <li>11. Lepaskan sepasang sarung tangan bagian dalam</li> <li>12. Cuci tangan denga sabun dan air bersih.</li> </ol>		
Unit Terkait	Ruang Isolasi, Kamar operasi, Kamar tindakan, Poli TB		

	<b>PENCEGAHAN INFEKSI</b>		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
Pengertian	Upaya untuk memutus rantai penularan penyakit infeksi menuju perlindungan pasien, petugas kesehatan, pengunjung dan masyarakat		
Tujuan	Untuk memutus rantai penularan penyakit dari pasien ke petugas dan dari petugas ke pasien dan pengunjung rumah sakit		
Kebijakan	PPI		
Prosedur	<b>Dengan melaksanakan kewaspadaan standar :</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kebersihan tangan</li> <li>2. Alat Pelindung Diri</li> <li>3. Pengelolaan peralatan pasca pakai</li> <li>4. Pengendalian lingkungan</li> <li>5. Penatalaksanaan linen</li> <li>6. Pengelolaan limbah dan benda tajam</li> <li>7. Penempatan pasien</li> <li>8. Higiene dan respirasi batuk</li> <li>9. Praktek penyuntikan yang aman</li> <li>10. Praktek lumbal fungsi</li> <li>11. Perlindungan petugas kesehatan.</li> </ol>		
Unit Terkait	Rawat jalan, Rawat Inap, Kamar operasi, Kamar bersalin, IGD		