

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Keselamatan Pasien (*Patient safety*)

2.1.1 Pengertian

Keselamatan pasien/klien adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan pasien koma, pelaporan dan analisis *accident*, kemampuan belajar dari *accident* dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko (Adventus et al., 2019). Keselamatan Pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Kemenkes, 2017).

Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi : assesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Najihah, 2018). Keselamatan pasien

merupakan pencegahan pasien dari injuri atau cedera yang ditimbulkan dari kesalahan pelayanan kesehatan yang dapat menyebabkan masalah kesehatan untuk mencapai tujuan yang diinginkan (Wardhani, 2017).

2.1.2 Tujuan Keselamatan Pasien (*Patient safety*)

Menurut (Adventus, Mahendra and Martajaya, 2019) tujuan dari penerapan keselamatan pasien (*patient safety* dirumah sakit yaitu :

1. Terciptanya prosedur keselamatan pasien di RumahSakit
2. Meningkatnya akuntabilitas Rumah Sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunnya kejadian tak diinginkan di Rumah Sakit
4. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi penanggulangan kejadian tak diinginkan

Menurut *Joint Commission* (2019) menetapkan 6 tujuan keselamatan pasien rumah sakit untuk memperbaiki sistem keselamatan pasien. Tujuan ini berfokus pada masalah keselamatan dalam pelayanan kesehatan dan cara menyelesaikannya. 6 tujuan tersebut yaitu :

1. *Identify patient correctly*

Gunakan sedikitnya 2 cara untuk mengidentifikasi pasien, misalnya dengan nama dan tanggal lahir pasien, atau pastikan pasien mendapat darah yang benar ketika dalam proses transfusi darah.

2. *Improve staff communication,*

Dapatkan hasil pemeriksaan penting pada pegawai yang tepat dan pada waktu yang tepat

3. *Use alarms safely,*

Ciptakan perubahan untuk memastikan peringatan pada peralatan medis dapat didengar dan direspon tepat waktu

4. *Prevent infection*

Gunakan panduan cuci tangan dari tim Pencegahan dan Pengendalian Penyakit atau WHO, gunakan panduan yang telah terbukti untuk mencegah infeksi yang sulit di obati, infeksi darah dari pembuluh darah, infeksi setelah operasi, infeksi saluran kemih dari kateter,

5. *Identify patient safety risks,*

Identifikasi pasien yang beresiko bunuh diri,

6. *Prevent mistakes in surgery,*

Pastikan pembedahan dilakukan pada pasien dan pada lokasi tubuh pasien yang tepat, tandai area tubuh pasien yang akan dilakukan pembedahan, berikan beberapa waktu sebelum pembedahan untuk memastikan tidak ada kesalahan yang telah dibuat

Menurut (Kemenkes, 2017) tujuan dari penerapan keselamatan pasien di rumah sakit antara lain :

1. Menurunkan angka kejadian tak diinginkan di rumah sakit.
2. Terlaksananya prosedur keselamatan pasien di rumah sakit.
3. Terlaksananya program pencegahan sehingga mengurangi kejadian yang tidak diharapkan.
4. Meningkatnya pertanggungjawabannya rumah sakit terhadap pasien, keluarga dan masyarakat.

2.1.3 Komponen Keselamatan Pasien

Burke dan Litwin dalam (Rachmawati and Harigustian, 2019) menyatakan bahwa dalam mewujudkan keselamatan pasien diharuskan adanya kombinasi antara pendekatan transaksional dan pendekatan transformasional. Kombinasi antarpendekatan tersebut antara lain:

1. Lingkungan Eksternal

Lingkungan di luar rumah sakit atau penyedia layanan kesehatan memberi pengaruh yang cukup signifikan untuk merubah orientasi organisasi. Dalam konteks organisasi kesehatan atau penyedia layanan kesehatan, tekanan yang berasal dari lingkungan luar dapat berasal dari berbagai hal. Misalnya, kompetisi antar-rumah sakit, aturan kebijakan penerapan mutu layanan kesehatan hingga tuntutan medikolegal hingga respon pelanggan secara umum. Maka, faktor eksternal tentu berpengaruh terhadap orientasi organisasi kesehatan.

2. Kepemimpinan

Pemimpin memiliki andil penting dalam memegang kunci perubahan, sebab ia bertanggungjawab memimpin perubahan. Untuk itu, pemimpin memiliki tugas yang cukup berat untuk membangun visi misi organisasi, mengkomunikasikan ide pembangunan, kebijakan atau strategi menuju perubahan yang lebih baik, khususnya dalam penerapan keselamatan pasien. Tanpa pemimpin yang kuat, tanggap pada isu keselamatan pasien dan berani mengambil kebijakan, keselamatan pasien hanyalah mitos.

3. Budaya Organisasi

Hal terpenting dari elemen ini adalah bagaimana prosedur keselamatan pasien lekat dengan budaya organisasi. Artinya, bagaimana mengubah prosedur keselamatan pasien dari *blaming culture* (budaya menyalahkan) menjadi *safety culture* (budaya keselamatan) merupakan kunci dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dari segi keorganisasian.

4. Praktik Manajemen

Rumah sakit merupakan sistem yang tentunya saling berkaitan, baik antar-unit, antarstaf dan antar-manajemen. Maka, hal yang penting demi mewujudkan keselamatan pasien adalah dengan menjalankan manajemen sebaik mungkin. Manajemen tersebut mencakup perencanaan, pendanaan, organisasi, penyusunan staf, pemecahan masalah, analisis hingga evaluasi. Pihak manajemen di semua tingkatan harus saling bekerjasama untuk bertanggungjawab menjalankan kebijakan dan prosedur yang disepakati bersama di tingkat unit layanan masing-masing. Misalnya, manajer keperawatan bertanggungjawab atas keselamatan pasien berkenaan dengan tugas keperawatan. Manajer penunjang medis, bertanggungjawab atas keselamatan pasien berkaitan dengan unit penunjang medis dan sebagainya.

5. Struktur dan Sistem

Sebagaimana dijelaskan di permulaan, bahwa setiap organisasi kesehatan memerlukan tim khusus yang menangani tentang keselamatan pasien. Begitu juga di rumah sakit. Biasanya di rumah sakit dibentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit dengan berbagai kelompok kerja di dalamnya (misal kelompok kerja transfusi, kelompok kerja kesalahan obat,

kelompok kerja infeksi nosokomial dan sebagainya). Perancangan sistem ini didasarkan pada tiga prinsip, yakni (1) mendesain sistem agar setiap kesalahan dapat terlihat (*making errors visible*), (2) merancang sistem agar efek kesalahan berkurang (*mitigating the effect errors*), dan (3) merancang sistem agar tidak terjadi kesalahan (*error prevention*).

6. Tugas dan Keterampilan Individu

Sesuai dengan perkembangan zaman, terkadang akan ada petugas medis yang kurang pengetahuan dan keterampilan sebab kurang *update* ilmu pengetahuannya. Ada pula staf yang peduli pada keselamatan pasien tapi tidak tahu apa yang harus diperbuat (misalnya yang non-medis). Berdasarkan kenyataan ini, diperlukan *update* ilmu dan keterampilan serta informasi kemampuan dasar keselamatan pasien pada staf non-medis. Misalnya apa yang harus diperbuat saat menemukan pasien jatuh atau pasien pingsan.

7. Lingkungan Kerja, Kebutuhan Individu, dan Motivasi

Lingkungan tempat kita bekerja tentu mempengaruhi motivasi masing-masing individu dalam implementasi keselamatan pasien. Misalnya lingkungan kerja membuat sistem yang dapat meminimalisir kebingungan atau keraguan petugas medis dalam tindakan terhadap pasien, beban kerja yang sesuai, alih tugas yang jelas, dan berbagai aspek lain yang mempengaruhi kebutuhan individu dan motivasi dalam ikut meningkatkan keselamatan pasien

2.1.4 Langkah-langkah *Patient Safety*

(Kemenkes, 2017) menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan no 11 tahun 2017 yang menjelaskan tentang tujuh langkah keselamatan pasien dapat membantu fasilitas pelayanan kesehatan. tujuh langkah tersebut tidak harus

berurutan dan tidak harus serentak dan dapat memilih langkah-langkah yang strategis. Tujuh langkah keselamatan pasien tersebut adalah :

1. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien.

Langkah ini dapat dilakukan dengan menciptakan budaya adil dan terbuka. Setiap organisasi kesehatan memiliki budaya organisasi. Budaya organisasi adalah suatu sistem terkait dengan nilai, keyakinan, etika, adat, kebiasaan bersama dalam sebuah organisasi yang berinteraksi dengan struktur formal untuk menghasilkan sebuah norma perilaku dalam organisasi tersebut. Jelasnya, budaya organisasi memiliki sejumlah unsur yang mempunyai nilai-nilai atau keyakinan (*corevalue*) yang berfungsi sebagai perekat organisasi, dan juga sebagai dasar membentuk perilaku individu dalam organisasi. Nilai-nilai (*core value*) yang dimaksud menurut (Rachmawati and Harigustian, 2019) adalah :

- 1) Melaporkan dan membahas kesalahan medis, kesalahan lain maupun kejadian tak diinginkan tanpa bersikap menyalahkan.
- 2) Bekerja dalam teamwork dan saling bekerjasama demi visi misi institusi.
- 3) Senantiasa melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan klinis (kemitraan/partnership).
- 4) Memandang suatu kesalahan dalam kerangka sistem.
- 5) Melakukan asesmen dengan survei penilaian keselamatan pasien.
- 6) Berani melakukan medical error disclosure (penyingkapan kesalahan pengobatan), sesuai dengan situasi dan kondisi.

2. Memimpin dan mendukung staf

Pimpinan merupakan pemegang kunci perubahan. Pimpinan juga memegang posisi yang sangat menentukan arah kebijakan sebuah institusi, termasuk rumah sakit. Untuk itu, pimpinan sudah semestinya bertanggungjawab atas perubahan menuju arah yang lebih baik, termasuk dalam hal peningkatan keselamatan pasien. Pimpinan atau direktur institusi akan dibantu oleh sejumlah manajerial yang membawahi bidang masing-masing. Misalnya, manajer keperawatan akan membawahi dan mengkoordinir bidang keperawatan dan sebagainya. Maka, pimpinan dan jajaran manajerial semestinya bertanggungjawab terhadap sejumlah hal menurut (Rachmawati and Harigustian, 2019) diantaranya :

- 1) Menetapkan visi misi rumah sakit dan tujuan rumah sakit dalam upaya peningkatan keselamatan pasien.
- 2) Membuat dan menetapkan kebijakan dan pedoman program keselamatan pasien.
- 3) Membuat struktur organisasi Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit dengan kelompok kerja masing-masing.
- 4) Membuat rancangan serta alokasi dana, sarana, prasarana dan SDM dalam rangka menciptakan keselamatan pasien.
- 5) Mengagendakan rapat dan pembahasan mengenai keselamatan pasien dalam setiap pertemuan baik direksi maupun dalam unit pelayanan.
- 6) Memaksimalkan agar tenaga medis, paramedis dan seluruh karyawan mendapatkan edukasi berkaitan dengan keselamatan pasien.

- 7) Menjamin terselenggaranya sistem pelaporan dan pembahasan kasus insiden secara teratur.
 - 8) Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap unit kerja, unit pelayanan dan seluruh SDM.
 - 9) Memasukkan materi dan program keselamatan pasien pada orientasi karyawan baru.
 - 10) Mengirim sejumlah tenaga medis (dokter, perawat) sebagai perwakilan untuk mempelajari dan mendalami aspek teknis dan manajemen program keselamatan pasien untuk kemudian disebarkan informasinya pada yang lain.
 - 11) Mengkoordinasi antar unit pelayanan dan monitoring secara keseluruhan serta perbaikan-perbaikan demi mencapai keselamatan pasien yang maksimal.
 - 12) Menyediakan sarana pendukung, teknologi dan sejenisnya yang mendukung ketercapaian keselamatan pasien dan pengurangan kejadian yang tak diinginkan sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan institusi
3. Mengintegrasikan aktivitas manajemen pengelolaan risiko

Manajemen Risiko Klinis (MRK) sangat penting untuk dilakukan. Manajemen Risiko Klinis (MRK) diartikan sebagai upaya manajerial untuk melakukan identifikasi kesalahan yang terjadi selama asuhan pasien. Manajemen Risiko Klinis (MRK) juga bertujuan untuk mencari mengapa insiden tersebut bisa terjadi, mempelajarinya agar insiden tersebut tidak terjadi atau terulang kembali. Tujuan Manajemen Risiko Klinis (MRK) adalah untuk meminimalisir terjadinya kejadian yang tak diinginkan (KTD) dan *nearmisses*

(Kejadian Nyaris Cedera) pada pasien. Apabila tidak terjadi kesalahan medis, maka otomatis akan mengurangi kemungkinan klaim dan mengendalikan biaya klaim yang menjadi beban bagi rumah sakit atau penyedia layanan. Manajemen Risiko Klinis (MRK) dimulai dari proses identifikasi, penilaian, analisis dan pengelolaan semua risiko yang berpotensi menyebabkan kerugian. Penelitian pun membuktikan bahwa Manajemen Risiko Klinis (MRK) dapat mengurangi dan meminimalisir terjadinya kejadian yang tak diinginkan (KTD) (Adventus et al., 2019).

4. Mengembangkan sistem pelaporan dengan memastikan staf mudah untuk melaporkan

Pentingnya manajemen laporan dapat diidentifikasi dari masuknya sistem pelaporan ini dalam salah satu langkah keselamatan pasien. Artinya, pelaporan dan sistem pelaporan dinilai sebagai salah satu faktor penting dalam upaya membangun keselamatan pasien. Semestinya, sistem pelaporan bersifat ideal. Sistem tersebut seharusnya tidak menghukum, tidak menyalahkan (*blaming*), konfidensial, tepat waktu, dianalisis oleh ahlinya dan berorientasi pada sistem. Hasil dari pelaporan inilah yang nantinya dapat dimanfaatkan sebagai evaluasi dan pembelajaran, menentukan skala prioritas pemecahan masalah, monitoring dan evaluasi kegagalan atau keberhasilan program keselamatan pasien (Hadi, 2017).

5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien

Komunikasi yang efektif perlu terjalin antara dokter, perawat ataupun petugas medis lainnya dengan pasien. Sebab, komunikasi yang efektif akan mendatangkan sejumlah manfaat. *Pertama*, komunikasi efektif dapat

mengoptimalkan proses penemuan diagnosis penyakit dan terapi. *Kedua*, komunikasi efektif dapat menjembatani kesenjangan antara pengetahuan dokter, perawat dan paramedis dengan pasien dalam rangka pengambilan keputusan medis bersama. *Ketiga*, komunikasi efektif penting digunakan untuk membangun kepercayaan pasien pada tenaga medis. *Keempat*, mengurangi risiko tuntutan medikolegal. Komunikasi yang efektif ini juga harus senantiasa dikembangkan mengingat miss komunikasi bisa menyebabkan hal-hal yang fatal terjadi. Penggunaan istilah medis juga harus benar-benar dijelaskan dengan bahasa yang mudah saat pengambilan tindakan medis (dengan pasien ataupun keluarga pasien). Petugas medis juga sudah semestinya mempersilakan pasien atau keluarga untuk bertanya tentang apa yang tidak diketahui terkait tindakan yang dilakukan tenaga medis (Wardhani, 2017).

6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien,

Salah satu kelemahan dalam dunia kesehatan baik dalam skala institusi maupun personal adalah memandang bahwa terjadinya kesalahan atau KTD adalah karena kesalahan individu semata, bukan kesalahan sistem. Maka, seringkali ketika terjadi KTD atau hal lain yang tidak diinginkan, mereka hanya mencari siapa yang salah bukan bertanya mengapa bisa terjadi kesalahan dan bagaimana bisa terjadi masalah. Pendekatan analisis akar masalah (*root cause analysis/RCA*) dalam rangka mencari penyebab masalah tidak digunakan. Hanya bisa menyalahkan (*blaming*) tanpa mencari akar masalah yang sebenarnya ada. Analisis akar masalah merupakan investigasi terstruktur yang bertujuan melakukan identifikasi penyebab masalah dasar dan

untuk menentukan tindakan agar kejadian yang sama tidak terulang lagi. Dalam rangka pendekatan yang reaktif, maka setiap insiden medis terutama yang berat, sering terjadi, atau memberi dampak finansial tinggi perlu dianalisis menggunakan RCA. Sementara untuk pendekatan proaktif, perlu diterapkan metode *failure mode and effect analysis* (FMEA). Kedua penerapan ini terbukti efektif mencegah dan mengurangi kejadian yang tak diinginkan (KTD) ((Rachmawati and Harigustian, 2019).

7. Mencegah cedera melalui implemetasi sistem keselamatan pasien

Peningkatan keselamatan pasien harus dilakukan secara optimal. Pengembangan sistem mencegah dan mengurangi kerugian, prinsip pengembangan sistem tersebut terdiri atas tiga hal menurut (Salawati, 2020) yakni :

- 1) Bagaimana mendesain sistem agar setiap kesalahan dapat dilihat (*making errors visible*)
- 2) Bagaimana merancang sistem agar efek kesalahan apat dikurangi (*mitigating the effect errors*)
- 3) Bagaimana merancang sistem agar tidak terjadi kesalahan (*error prevention*). Upaya yang ditempuh adalah melakukan standarisasi prosedur, akreditasi, pengembangan SDM dan menciptakan lingkungan kerja yang kondusif.

2.1.5 Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran pasien merupakan syarat yang harus diterapkan di semua rumah sakit yang telah terakreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). Penyusunan sasaran ini mengacu pada *Nine Life-Saving Patient safety Solution*

dari WHO *Patient Safety* 2007, yang juga digunakan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI) dan dari *Joint Commission International* (JCI). Maksud dari sasaran keselamatan pasien adalah untuk mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien mencakup enam sasaran menurut (Kemenkes, 2017) yakni :

1. Ketepatan Identifikasi Pasien

Sasaran pertama ini adalah hal pertama yang penting diperhatikan seluruh tenaga medis. Identifikasi pasien haruslah tepat. Sebab, kesalahan dalam proses identifikasi pasien bisa saja terjadi, baik saat diagnosis maupun pengobatan. Kesalahan identifikasi ini bisa terjadi saat pasien sedang terbius, mengalami disorientasi, tidak sadar, bertukar tempat, pindah kamar atau faktor lain. Maka, identifikasi pasien ini dilakukan dalam dua kali pengecekan. *Pertama*, identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan/pengobatan. *Kedua*, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Ada sedikitnya dua identitas pasien yang harus diidentifikasi, diantaranya nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas, pasien dengan bar-code, dan sebagainya. Nomor kamar pasien dan lokasi tidak bisa digunakan dalam proses identifikasi pasien ini. Elemen penilaian sasaran identifikasi pasien ini meliputi :

- 1) Pasien diidentifikasi dengan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar dan lokasi.
- 2) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah atau produk darah.
- 3) Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis;

- 4) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan atau prosedur; serta kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.
 - 5) Identifikasi pasien menjadi hal yang harus dipenuhi dan menjadi sasaran penting dalam patient safety. Sebab, tidak bisa dibayangkan jika petugas medis, perawat ataupun dokter melakukan kesalahan pengobatan dan prosedur medis pada pasien yang sebenarnya tidak membutuhkan tindakan itu. Misalnya, jika dalam praktiknya pindah kamar, memiliki nama yang sama atau hal-hal lain yang bisa memungkinkan terjadinya kesalahan identifikasi. Kesalahan identifikasi pasien bisa jadi akan menimbulkan sesuatu yang fatal, seperti adanya cedera medis ringan, sedang berat atau bahkan kehilangan nyawa. Maka, sasaran ini sangatlah penting dipenuhi.
2. Peningkatan Komunikasi yang Efektif

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

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

Selain mendapatkan pelayanan kesehatan berupa tindakan dan perawatan, sejumlah pasien juga tidak akan lepas dari pemberian obat. Hal yang penting diperhatikan oleh petugas medis adalah kehati-hatian jika rencana pengobatan pasien juga mengharuskan adanya konsumsi obat-obatan. Maka, dalam manajemen *patient safety*, rumah sakit harus mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert*). Hal tersebut bertujuan tidak lain untuk menjaga komitmen rumah sakit dalam tanggungjawab keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadinya kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang berisiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat-obat yang terlihat mirip, kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/ NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/ LASA*). Obat-obatan yang sering disebutkan dalam isu keselamatan pasien misalnya pemberian elektrolit konsentrat secara tidak sengaja (misalnya kalium klorida 2meq/ml atau yang

lebih pekat, kalium fosfat, natrium klorida lebih pekat 0,9 % dan magnesium sulfat sama =50% atau lebih pekat). Kesalahan ini bisa saja terjadi jika perawat tidak mendapatkan orientasi yang baik di unit pelayanan pasien atau bila perawat kontrak tidak diorientasikan sebelum ditugaskan atau dalam keadaan gawat darurat. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai ini tentunya melibatkan keutamaan profesionalitas tenaga perawat. Langkah peningkatan keamanan obat *high alert* ini dapat dilakukan dengan mengembangkan kebijakan atau prosedur untuk membuat daftar-daftar obat apa saja yang perlu diwaspadai. Salah satunya misalnya dengan memindahkan cairan elektrolit konsentrat dari unit pelayanan pasien ke bagian farmasi atau kemudian hanya menempatkan cairan ini di area yang membutuhkan dengan tujuan mencegah pemberian yang kurang hati-hati atau tidak sengaja yang dapat mengancam keselamatan pasien.

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

Kendati seluruh proses tindakan-pengobatan pasien sudah menjadi aktivitas rutin bukan lantas membuat tidak adanya kesalahan sama sekali dalam penanganan pasien, termasuk kesalahan lokasi, prosedur ataupun salah operasi. Salah lokasi, salah prosedur dan pasien salah pada operasi adalah kejadian mengkhawatirkan yang tidak jarang terjadi di rumah sakit. Tentunya, kesalahan ini bermula dari banyak faktor. Bisa disebabkan tidak adanya komunikasi yang efektif antar tim medis, tidak adanya penelaahan ulang catatan medis, tidak melibatkan pasien dalam penandaan lokasi yang akan dioperasi (*site marking*), pemakaian singkatan untuk instruksi tindakan ataupun permasalahan yang berhubungan dengan tidak terbacanya tulisan

(*illegible handwriting*). Rumah sakit juga perlu menerapkan verifikasi praoperatif, khususnya dalam tindakan operasi pada semua kasus. Penandaan lokasi operasi juga harus ada sampai akan dilakukan operasi dan dibuat oleh tim operasi atau orang yang akan melakukan tindakan medis. Penandaan lokasi operasi dilakukan di semua kasus termasuk sisi (*laterality*), multiple struktur (jari tangan, jari kaki, lesi) atau *multivel level* (tulang belakang). Verifikasi pra-operatif juga penting dilakukan dengan sejumlah langkah diantaranya memverifikasi lokasi, prosedur dan pasien yang benar, memastikan semua dokumen maupun foto dipampang dan relevan serta verifikasi ketersediaan alat-alat yang diperlukan dalam tindakan sebelum melangsungkan operasi. Jangan sampai, ketika tengah atau sudah melakukan operasi, di tengah jalan diketahui bahwa pasien tertukar, salah atau adanya kesalahan lainnya. Sebab, hal tersebut tentu fatal. Tidak boleh terjadi pula di tengah jalannya operasi ternyata penandaan lokasi operasi salah, alat dan kebutuhan operasi tidak tersedia ataupun kesalahan-kesalahan lainnya.

Rumah sakit juga semestinya menerapkan tahapan sebelum insisi (*time out*) dimana dalam tahap itu dimungkinkan semua pertanyaan atau kekeliruan diselesaikan. *Time out* dilakukan di tempat dimana tindakan akan dilakukan, tepat sebelum memulai tindakan dimulai yang melibatkan seluruh tim operasi. Misalnya, kebijakan ini direalisasikan dengan adanya checklist sebelum operasi yang harus diidentifikasi dan dicek satu persatu dalam sebuah tim operasi sebelum operasi dilakukan (Tutiany et al., 2017).

5. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Pencegahan dan pengendalian infeksi adalah tantangan terbesar dalam tatanan pelayanan kesehatan. Peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan keprihatinan besar bagi pasien ataupun profesional layanan kesehatan. Sebab, infeksi biasanya dijumpai dalam seluruh bentuk pelayanan kesehatan. Termasuk infeksi saluran kemih, infeksi pada aliran darah (*blood stream nfection*) dan *pneumonia* yang seringkali dihubungkan dengan ventilasi mekanis yang tidak memenuhi standar. Maka, sebagai solusi utama dan eliminasi segala macam infeksi di rumah sakit adalah kebijakan mengenai cuci tangan (*hand hygiene*). Praktik cuci tangan pun harus dilakukan petugas medis, seluruh elemen rumah sakit dan pasien rumah sakit dengan tepat. Pedoman *hand hygiene* biasanya didapatkan di kepustakaan WHO. Setiap rumah sakit juga bisa mengembangkan kebijakan cuci tangan ini dengan dukungan nyata. Misalnya menempatkan sarana cuci tangan baik wastafel berikut sabun cuci tangan hingga meletakkan cairan berbasis alkohol (antiseptik) di setiap sudut ruangan yang dinilai dibutuhkan.

6. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

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

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

2.1.6 Standart Keselamatan Pasien

Standar adalah sesuatu yang bisa menjadi acuan. Sementara standar *patient safety* merupakan acuan bagi rumah sakit di Indonesia dalam melaksanakan seluruh kegiatannya. Dalam hal ini adalah proses pelayanan kesehatan. Standar keselamatan ini bukanlah sesuatu yang bisa diabaikan. Setiap penyedia layanan kesehatan, khususnya rumah sakit harus memenuhi standar *patient safety*. Penilaian berkaitan dengan standar juga akan dilakukan secara terus menerus untuk mengetahui kemampuan rumah sakit dalam komitmen menjaga keselamatan pasien. Tujuh standar *patient safety* ini mengacu pada *Hospital Patient Safety Standards* yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations Illionis, USA, 2002* (NHS, 2018). Sementara itu, Priyoto (2014) menjelaskan bahwa tujuh standar keselamatan

patient safety tersebut harus keseluruhan ditepati sebuah penyedia layanan kesehatan. Bahkan dikategorikan sebagai kebutuhan dasar keselamatan pasien.

Tujuh standar *patient safety* tersebut antara lain :

1. Hak Pasien

Pasien selaku penerima layanan kesehatan berhak mendapatkan sejumlah hak dalam proses pelayanan kesehatan. Baik itu di rumah sakit, puskesmas, klinik maupun penyedia layanan kesehatan lain. Pasien dan keluarganya pun mempunyai hak pula untuk mendapatkan informasi berkaitan dengan rencana praktik medis, hasil layanan serta termasuk kemungkinan terjadinya insiden dan risiko medis. Maka, unsur-unsur pemenuhan hak pasien dan keluarga tersebut biasanya diatur dalam kebijakan masing-masing rumah sakit. Biasanya, edukasi terkait hak pasien dan keluarga juga dilakukan. Misalnya dengan menginformasikan hak pasien melalui *leaflet* rumah sakit, brosur, *standing banner* maupun papan laminasi yang diletakkan di bagian informasi maupun ditempel di sejumlah dinding rumah sakit. Ada sejumlah indikasi dan kriteria mengenai pemenuhan hak pasien. Adapun hak pasien menurut (Wardhani, 2017) yaitu :

2. Diharuskan ada dokter yang bertanggungjawab atas pasien terkait.

Dokter tersebut harus membuat rencana pelayanan pada pasien yang bersangkutan. Dokter penanggungjawab tersebut semestinya memberikan penjelasan secara jelas dan benar berkaitan dengan seluruh pelayanan medis. Mulai dari rencana pelayanan medis, hasil pelayanan, pengobatan, prosedur medis sampai pada kemungkinan terjadinya insiden. Ketiga kriteria tersebut haruslah dipenuhi demi memberikan hak pasien dan keluarganya.

3. Mendidik Pasien dan Keluarga

Berbicara mengenai hak, maka sudah semestinya akan pula menyinggung mengenai kewajiban dan tanggung jawab. Dalam hal ini, standar keselamatan pasien yang kedua adalah adanya edukasi dan pendidikan yang dilakukan instansi penyedia layanan kesehatan kepada pasien maupun keluarganya. Proses pelayanan kesehatan tentu harus melibatkan tanggungjawab pasien selaku penerima layanan, di mana pasien semestinya diperlakukan sebagai partner dalam proses pelayanan kesehatan. Maka, pasien perlu dididik bahwa disamping memiliki hak, mereka juga wajib menaati kewajiban. Pasien juga diwajibkan untuk ikut bertanggungjawab selama dalam asuhan pelayanan kesehatan. Tenaga medis bertugas untuk mendidik pasien dan keluarga pasien berkaitan dengan pemenuhan kewajiban dan tanggungjawab. Sejumlah kriteria yang harus dilakukan pasien berkaitan dengan hak dan tanggungjawab adalah dengan mendapatkan pendidikan atau edukasi kesehatan dari penyedia layanan kesehatan. Untuk itu, pasien dan keluarga diharapkan dapat :

- 1) Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur.
- 2) Mengetahui kewajiban dan tanggungjawab pasien dan keluarga.
- 3) Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti.
- 4) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan.
- 5) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit.
- 6) Memerlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa.
- 7) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati

4. Keselamatan Pasien dan Kesenambungan Pelayanan

Rumah sakit semestinya juga memiliki pelayanan yang berkesinambungan bagi pasien. Kesenambungan pelayanan artinya seluruh elemen yang berada di rumah sakit atau penyedia layanan kesehatan harus melayani secara berkesinambungan. Rumah sakit juga harus menjamin adanya koordinasi antar unit kerja dan unit pelayanan. Untuk memenuhi kesinambungan layanan, penyedia layanan kesehatan harus memiliki kriteria sebagai berikut :

- 1) Adanya koordinasi pelayanan menyeluruh. Mulai dari pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan kesehatan, tindakan pengobatan, keterangan rujukan (jika dirujuk) dan saat pasien keluar dari rumah sakit.
- 2) Terdapat koordinasi pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan, agar seluruh tahap layanan antar unit berjalan dengan baik dan lancar.
- 3) Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi. Tujuannya adalah untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer atau tindak lanjut lainnya.
- 4) Adanya komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan dalam lembaga penyedia layanan kesehatan, sehingga tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.

5. Penggunaan Metode Peningkatan Kerja Untuk Melakukan Evaluasi dan Program Peningkatan Keselamatan Pasien

Seluruh lembaga penyedia layanan kesehatan, termasuk rumah sakit di dalamnya membutuhkan desain proses demi meningkatkan kualitas kerja. Untuk itulah, semestinya rumah sakit juga memperbaiki proses yang ada dari waktu ke waktu. Caranya adalah dengan memonitor dan mengevaluasi kinerja dengan melalui pengumpulan data. Manajemen rumah sakit pun juga harus menganalisis secara intensif terjadinya insiden demi melakukan perubahan untuk meningkatkan kerja dan keselamatan pasien. Untuk memenuhi standar keempat ini, rumah sakit harus memiliki sejumlah kriteria, diantaranya sebagai berikut :

- 1) Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
- 2) Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan: pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.
- 3) Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua insiden, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus risiko tinggi.

- 4) Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

6. Peran Kepemimpinan dalam Meningkatkan Keselamatan Pasien

Kepemimpinan dalam manajemen sebuah lembaga penyedia layanan kesehatan juga menjadi salah satu standar penting dalam meningkatkan keselamatan pasien. Sebab dengan adanya peran dari pihak manajemen, direktur dan penentu kebijakan di rumah sakit ataupun instansi penyedia layanan kesehatan maka program-program yang mendukung peningkatan keselamatan pasien akan lebih mudah tercapai. Ada sejumlah standar yang harus dipenuhi berkaitan dengan peran kepemimpinan, yakni :

- 1) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
- 2) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.
- 3) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
- 4) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat (memadai dan memenuhi syarat) untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
- 5) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien Selain sejumlah

standar yang harus dipenuhi di atas, rumah sakit dengan kepemimpinan yang baik tentunya harus memiliki sejumlah **kriteria** diantaranya adalah :

- a. Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien.
- b. Tersedia program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan dan program meminimalkan insiden.
- c. Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari rumah sakit terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien.
- d. Tersedia prosedur “cepat-tanggap” terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis.
- e. Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah “Kejadian Nyaris Cedera” (Near miss) dan “Kejadian Sentinel’ pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.
- f. Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani “Kejadian Sentinel” (Sentinel Event) atau kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan “Kejadian Sentinel”.

- g. Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antarunit dan antar pengelola pelayanan di dalam rumah sakit dengan pendekatan antar disiplin.
 - h. Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja rumah sakit dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.
 - i. Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektivitas perbaikan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.
7. Mendidik Staf Tentang Keselamatan Pasien

Dalam sebuah instansi penyedia layanan kesehatan, bukan hanya tenaga medis yang punya andil dalam pelaksanaan keselamatan pasien. Namun, seluruh staf juga ikut bertanggung jawab atas keselamatan pasien. Untuk itu, diperlukan pendidikan bagi para staf di rumah sakit/ penyedia layanan kesehatan dalam hal keselamatan pasien. Pendidikan staf tentang keselamatan pasien tentunya disesuaikan dengan jabatan yang diemban oleh staf tersebut di bidang apapun. Untuk itulah, penyedia layanan kesehatan sudah semestinya memenuhi standar untuk mendidik staf-stafnya tentang keselamatan pasien. Rumah sakit harus memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterampilan jabatannya dengan keselamatan pasien secara jelas. Hal ini menjadi standar utama pendidikan staf tentang keselamatan pasien. Rumah sakit juga diharuskan

menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf. Proses pendidikan dan pelatihan ini juga dapat mendukung pendekatan interdisipliner bagi staf dalam pelayanan pasien. Berkaitan dengan pendidikan staf, rumah sakit juga perlu memenuhi sejumlah kriteria yang sesuai dengan program keselamatan pasien. Rumah sakit diharuskan memiliki kriteria berupa program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru tentang keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing. Karakter selanjutnya yang diperlukan rumah sakit adalah mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *inservice training*. Rumah sakit juga perlu membuat dan memberikan pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden. Kriteria terakhir adalah setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

8. Komunikasi Merupakan Kunci Bagi Staf untuk Mencapai Keselamatan Pasien

Komunikasi adalah hal yang tak kalah penting dibandingkan dengan standar-standar pencapaian program keselamatan pasien yang lain. Sebab, tanpa komunikasi yang baik, ketercapaian peningkatan mutu layanan kesehatan dan keselamatan pasien mustahil dapat terwujud. Untuk itulah, komunikasi dapat dikatakan sebagai kunci para staf dan seluruh tenaga medis demi mencapai keselamatan pasien. Tanpa adanya komunikasi yang baik, bisa jadi terdapat sejumlah kesalahan yang dilakukan atau mungkin tidak dilakukan oleh petugas rumah sakit. Kesalahan itu tentunya dapat menimbulkan berkurangnya kualitas layanan kesehatan atau bahkan sampai

pada terjadinya kesalahan medis. Untuk itu, diperlukan sejumlah standar bagi rumah sakit demi tercapainya komunikasi yang efektif. Diantaranya :

- 1) Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
- 2) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.
- 3) Setiap rumah sakit dan penyedia layanan kesehatan juga harus memiliki sejumlah kriteria untuk menghasilkan komunikasi yang efektif.
- 4) Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien.
- 5) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada

2.2. Konsep Pengalaman (*experiential Learning*)

2.2.1. Pengertian

Pengalaman kata dasarnya “alami” yang artinya mengalami, menjalani, menempuh, menemui, menghadapi, menyeberangi, menanggung, mendapat, menyelami, mengenyam, menikmati dan merasakan (Roulita et al., 2021). Pengalaman merupakan salah satu hasil yang di peroleh manusia dari interaksinya dengan lingkungan. Pengalaman ini membuat beragam hal yang dapat dipelajari dan dapat memahami lebih jauh mengenai manusia itu sendiri (Indriyani, 2019).

2.2.2. Proses terbentuknya Pengalaman berdasarkan teori *Experiential Learning*

Experiential Learning berasal dari dua suku kata, yaitu *Experiential* berasal dari kata *experience* yang artinya pengalaman dan *learning* yang berarti belajar. Sedangkan *Experiential Learning* dapat diartikan pembelajaran berdasarkan pengalaman. Sehingga model *Experiential Learning* merupakan model pembelajaran berdasarkan pengalaman (Fathurrohman, 2015).

Experiential learning merupakan proses belajar dimana proses perubahan menggunakan pengalaman sebagai media belajar atau pembelajaran bukan hanya materi yang bersumber dari buku atau guru, tetapi juga bisa dari pengalaman seseorang. *Experiential learning* (belajar berdasarkan pengalaman) membantu seseorang dalam hal ini perawat dalam mengaitkan materi terkait pelayanan keperawatan yang sudah diterima dengan keadaan nyata, sehingga dengan pengalaman nyata tersebut dapat mengingat dan memahami informasi yang didapatkan dan dapat meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan (Abdul Madjid dan Chaerul Rohman, 2014).

2.2.3. Tahapan Pengalaman berdasarkan teori *Experiental Learning*

Teori pembelajaran Kolb yang dikutip oleh Maulidaiwati (2017) terdiri dari empat tahap yaitu :

1. Pengalaman nyata (*Concrete Experience*)

Pada tahap ini seseorang disediakan stimulus yang mendorong mereka melakukan sebuah aktivitas. Aktivitas ini bisa berangkat dari suatu pengalaman yang pernah dialami sebelumnya baik formal maupun informal atau situasi yang realistis. Aktivitas yang disediakan bisa di dalam ataupun di luar kelas dan dikerjakan oleh pribadi atau kelompok.

2. Refleksi observasi (*Reflective Observation*)

Pada tahap ini seseorang mengamati pengalaman atau aktivitas yang dilakukan dengan menggunakan panca indra maupun bantuan alat peraga. Selanjutnya merefleksikan pengalamannya dan dari hasil refleksi ini mereka menarik pelajaran. Dalam hal ini proses refleksi akan terjadi bila murid mampu untuk mendeskripsikan kembali pengalaman yang diperolehnya, mengomunikasikan kembali dan belajar dari pengalaman tersebut.

3. Penyusunan konsep abstrak (*Abstract Conceptualization*)

Setelah melakukan observasi dan refleksi, maka pada tahap pembentukan konsep abstrak seseorang mulai mencari alasan, hubungan timbal balik dari pengalaman yang diperolehnya. Selanjutnya mulai mengonseptualisasikan suatu teori atau model dari pengalaman yang diperoleh dan mengintegrasikan dengan pengalaman sebelumnya.

4. Tahap eksperimen aktif /implementasi (*active experimentation*).

Seseorang mencoba merencanakan bagaimana menguji kemampuan model atau teori untuk menjelaskan pengalaman baru yang akan diperoleh selanjutnya. Pada tahap aplikasi akan terjadi proses belajar bermakna karena pengalaman yang diperoleh sebelumnya dapat diterapkan pada pengalaman atau situasi problematika yang baru.

2.2.4. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengalaman

Menurut (Dewi and Ropyanto, 2018) pengalaman perawat dapat dipengaruhi oleh :

1. Waktu yang dihabiskan perawat dalam bidang kerja mereka,

2. Memperbaharui pengetahuan yang dimiliki dengan penelitian membaca jurnal penelitian
3. Pembelajaran akademik yang diperoleh selama masa sekolah keperawatan

Sedangkan menurut (Utama and Dianty, 2020) dalam penelitiannya dengan judul Pengalaman Perawat Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Terinfeksi COVID – 19, pengalaman perawat dipengaruhi oleh :

1. Pengetahuan

Seseorang mencari informasi sendiri dengan membaca buku atau memperolehnya dari pengalaman pribadi teman sejawat serta dari webinar yang diadakan secara daring ataupun dari membaca buku cetak

2. Motivasi

Motivasi yang mendasari responden tetap merawat pasien yaitu motivasi internal yang berasal dari diri sendiri sebagaimana kewajiban perawat untuk merawat semua pasien dan motivasi eksternal terutama berupa dukungan dari lingkungan maupun insentif Motivasi kerja perawat dapat ditingkatkan dengan berorientasi pada *prestise* sesuai dengan kompetensi dan keterampilan yang dimiliki perawat.

3. Kondisi Psikologis

Kondisi psikologis perawat selama merawat pasien sangat beragam mulai dari stress menghadapi kematian dari pasien yang dirawat, perasaan sedih melihat kesakitan yang dialami pasien dan perasaan tidak berdaya karena kondisi yang masih terus dipelajari dan belum diketahui secara pasti bagaimana pengobatan terhadap pasien serta ketakutan terinfeksi atau tertular penyakit selama bertugas yang bisa saja ditularkan kepada anggota keluarga di rumah.

4. Peran perawat dalam memberikan Asuhan Keperawatan

Peran perawat sebagai *Care Provider* dalam menerapkan aspek caring yaitu sikap peduli, bertanggung jawab, ramah, sikap tenang, sabar, selalu siap sedia, memberi motivasi, sikap empati terhadap pasien dan keluarga, walaupun ada rasa khawatir dan cemas dalam diri informan (Yustisia et al., 2020). Walaupun dalam segala keterbatasan dimana saat melakukan caring perawat menggunakan Alat Pelindung Diri (APD) lengkap.

2.3. Konsep Perawat

2.3.1. Pengertian

Perawat merupakan seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan keperawatan, berwenang di negara bersangkutan untuk memberikan pelayanan, dan bertanggung jawab dalam peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit serta pelayanan terhadap pasien (Wirentanus, 2019). Perawat merupakan tenaga profesional kesehatan yang paling dekat dengan pasien. Tugasnya adalah memberikan pelayanan prima dan terbaru untuk pasien dalam bentuk asuhan keperawatan. Posisinya sebagai rekan dokter dalam memberikan pelayanan pada pasien membutuhkan peningkatan ketrampilan dan pengetahuan. Ia juga dituntut untuk bisa memberikan inovasi dalam pelayanan tanpa mengabaikan dan membahayakan kebutuhan pelayanan kesehatan (Putri, 2018).

Menurut *International Council of Nurses* (1965) Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan program pendidikan keperawatan, berwenang di Negara bersangkutan untuk memberikan pelayanan dan bertanggung jawab dalam peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit serta pelayanan terhadap pasien. Menurut UU Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan pasal 1, bahwa

seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan. Perawat yang menjalankan praktik keperawatan wajib memiliki Surat Tanda Registrasi (STR) (PPNI, 2016).

Keputusan Menteri Kesehatan RI, Nomor: 647/Menkes/ SK/IV/2000 tentang Registrasi dan Praktik Keperawatan, yang kemudian diperbaharui dengan Kepmenkes RI No.1239/SK/XI/2001, dijelaskan bahwa perawat adalah orang yang telah lulus dari pendidikan perawat, baik di dalam maupun di luar negeri, sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Selanjutnya perawat adalah suatu profesi yang mandiri yang mempunyai hak untuk memberikan layanan keperawatan secara mandiri, dan bukan sebagai profesi pembantu dokter.

2.3.2. Tugas Dan Fungsi Perawat

Tugas dan fungsi perawat secara umum memberikan bantuan atau pelayanan kepada pasien (dari level individu, keluarga hingga masyarakat), baik dalam kondisi sakit maupun sehat, guna mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui layanan keperawatan (Budiono, 2016).

Perawat sebagai pelaksana pelayanan kesehatan di instansi kesehatan, tentunya memiliki tugas-tugas yang di bebaskan kepada mereka, seperti halnya peran-peran yang lain, tugas-tugas dari perawat pelaksana tersebut menurut (Potter et al., 2019) diantaranya :

1. Melaksanakan serah terima setiap pergantian dinas yang mencakup pasien dan peralatan.
2. Melakukan askep pasien.

3. Menyiapkan, memelihara, menyimpan alat agar siap pakai.
4. Merencanakan intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah dan membuat langkah/ cara pemecahan masalah.
5. Melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana.
6. Melakukan dinas rotasi sesuai jadwal yang telah dibuat oleh kepala ruangan.
7. Memelihara lingkungan untuk kelancaran pelayanan
8. Melaksanakan program orientasi kepada pasien tentang instansi kesehatan dan lingkungannya, peraturan dan tata tertib yang berlaku, serta fasilitas yang ada dan penggunaannya.
9. Menciptakan hubungan kerjasama yang baik dengan pasien dan keluarganya maupun dengan anggota tim kesehatan.
10. Membantu merujuk pasien kepada petugas kesehatan lain yang lebih mampu untuk menyelesaikan masalah kesehatan yang dapat ditanggulangi.
11. Mengikuti pertemuan berkala yang diadakan oleh dokter penanggung jawab/perawat kepala ruang.
12. Menyiapkan pasien yang akan keluar.
13. Mentaati peraturan yang telah ditetapkan di rumah sakit tempat dia bekerja

Fungsi perawat adalah suatu pekerjaan atau kegiatan yang dilakukan sesuai dengan perannya. Fungsi tersebut dapat berubah disesuaikan dengan keadaan yang ada, perawat dalam menjalankan perannya memiliki beberapa fungsi, menurut Kusnanto, (2019) sebagai berikut :

1. Fungsi Independen

Fungsi Independen merupakan fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain, dimana perawat dalam melaksanakan tugasnya dilakukan

secara sendiri dengan keputusan sendiri dalam melakukan tindakan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti pemenuhan kebutuhan fisiologis (pemenuhan kebutuhan oksigenasi, pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit, pemenuhan kebutuhan nutrisi, pemenuhan kebutuhan aktifitas dan lain-lain), pemenuhan kebutuhan keamanan dan kenyamanan, pemenuhan cinta mencintai, pemenuhan kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri.

2. Fungsi Dependen

Fungsi Dependen merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan kegiatan atas pesan atau instruksi dari perawat lain. Sehingga sebagian tindakan pelimpahan tugas yang di berikan. Hal ini biasanya dilakukan oleh perawat spesialis kepada perawat umum atau dari perawat primer ke perawat pelaksana.

3. Fungsi Interdependen

Fungsi Interdependen dilakukan dalam kelompok tim yang bersifat saling ketergantungan di antara tim satu dengan yang lainnya. Fungsi ini dapat terjadi apabila bentuk pelayanan membutuhkan kerja sama tim dalam pemberian pelayanan seperti dalam memberikan asuhan keperawatan pada penderita yang mempunyai penyakit kompleks. Keadaan ini tidak dapat diatasi dengan tim perawat saja melainkan juga dari dokter ataupun yang lainnya.

2.3.3. Peran Perawat

Menurut Konsorsium Ilmu Kesehatan Tahun 1989 dalam Wirentanus, (2019) peran perawat adalah sebagai berikut :

1. Sebagai pemberi asuhan keperawatan

Peran ini dapat dilakukan perawat dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan. Pemberian asuhan keperawatan ini dilakukan dari yang sederhana sampai dengan kompleks. Adapun Faktor Asuhan dalam Keperawatan meliputi :

- 1) Menunjukkan sistem nilai kemanusiaan dan *altruism*.
- 2) Memberi harapan dengan mengembangkan sikap dalam membina hubungan dengan klien
- 3) Mempalitasi untuk optimis, percaya dan penuh harapan,
- 4) Menunjukkan sensitivitas antara satu dengan yang lain
- 5) Mengembangkan hubungan saling percaya
- 6) Komunikasi efektif, empati, dan hangat, ekspresi perasaan positif dan negatif melalui tukar pendapat tentang perasaan,
- 7) Menggunakan proses pemecahan masalah yang kreatif,
- 8) Meningkatkan hubungan interpersonal dan proses belajar mengajar.
- 9) Memberi suport, perlindungan, koreksi mental, sosiokultural dan lingkungan spiritual.
- 10) Membantu dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia.
- 11) Melibatkan eksistensi fenomena aspek spritual Selanjutnya

Kekuatan dalam Asuhan menurut (Wirentanus, 2019) meliputi :

- 1) Aspek transformasi. Perawat membantu klien untuk mengontrol perasaannya dan berpartisipasi aktif dalam asuhan.
- 2) Integrasi asuhan. mengintegrasikan individu ke dalam sosialnya.

- 3) Aspek pembelaan membantu klien memilih support social, emosional, spiritual.
 - 4) Aspek penyembuhan.
 - 5) Aspek partisipasi.
 - 6) Pemecahan masalah dengan metode ilmiah
2. Sebagai advokat klien

Peran ini dilakukan perawat dalam membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan. Perawat juga berperan dalam mempertahankan hak pasien, menurut (Tutiany, Lindawati and Krisanti, 2017) meliputi:

- 1) Hak atas pelayanan sebaik-baiknya.
 - 2) Hak atas informasi tentang penyakitnya.
 - 3) Hak atas privacy.
 - 4) Hak untuk menentukan nasibnya sendiri.
 - 5) Hak ganti rugi akibat kelalaian
3. Sebagai *educator*

Peran ini dilakukan dengan membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

4. Sebagai kolaborator

Peran ini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapi, ahli gizi, dan lain-lain dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan.

5. Sebagai konsultan

Perawat berperan sebagai tempat konsultasi dengan mengadakan perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

2.4. Pengalaman Perawat Pelaksana Dalam Menerapkan Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit

Perawat sebagai tenaga pelayanan perawatan kesehatan di rumah sakit dan sebagai sistem personal yang memiliki sikap, nilai, keterampilan dan bahkan perilaku untuk berkomitmen pada manajemen keselamatan pasien yang merupakan salah faktor yang dapat mendukung prosedur keselamatan pasien rumah sakit. Untuk mewujudkan pelayanan perawatan yang aman dan efisien mengharuskan perawat melakukan interaksi dan koordinasi dengan semua elemen di rumah sakit baik dengan sesama perawat dan tim perawatan kesehatan lainnya. Komunikasi diperlukan dalam hubungan perawat-klien, dimana perawat dituntut keterampilan nya untuk mengkomunikasi tentang pelayanan yang diberikan kepada pasien dan keluarga dan perawat juga dapat mengkomunikasi bahaya atau laporan kejadian yang tak diinginkan yang terjadi pada pasien kepada tim perawatan kesehatan lainnya untuk mendukung prosedur keselamatan pasien di rumah sakit. Perawat dalam melakukan interaksi dipengaruhi lingkungan. Lingkungan di rumah sakit merupakan dapat mempengaruhi perawat dalam menerapkan prosedur keselamatan pasien. Lingkungan kerja yang kondusif dapat

menjadi faktor yang penting untuk perilaku keselamatan perawat, meningkatkan kepuasan kerja perawat, mengurangi stres dan kelelahan, dan menghasilkan perawatan yang lebih berkualitas sebaliknya lingkungan kerja yang menekan berdampak negatif bagi pasien dan perawat yang dapat dimanifestasikan dalam peningkatan tingkat infeksi atau tingkat kematian pasien (Kim et al., 2018a).

Perawat yang bersikap peduli akan berbicara dengan ramah dan santun, mempunyai perhatian, menunjukkan minat dalam menolong klien serta membina hubungan yang saling menguntungkan dengan penampilan yang manis dan menyenangkan dalam setiap tindakannya. Tersenyum merupakan salah satu indikator penting dari sikap ramah, hangat, gembira dan sabar terhadap klien dan keluarga. Perawat dengan perilaku peduli akan selalu gembira dengan klien. penggunaan model tersebut mempunyai kelebihan yaitu hasilnya dapat dirasakan bahwa belajar melalui pengalaman lebih efektif dan dapat mencapai tujuan secara maksimal. Dalam model *experiential learning* Kolb (1984) terdapat empat tahap, yaitu *concrete experience* (pemberian pengalaman nyata), *reflective observation* (refleksi), *abstract conceptualization* (konseptualisasi), *active experimentation* (eksperimen melalui tindakan/*doing*) dan menyentuh ranah atau domain kepedulian, yaitu kognisi, afeksi, dan psikomotor. Sedangkan manfaat model *experiential learning* secara individual antara lain: 1) meningkatkan kesadaran akan rasa percaya diri, 2) meningkatkan kemampuan berkomunikasi, perencanaan dan pemecahan masalah, 3) menumbuhkan dan meningkatkan kemampuan untuk menghadapi situasi yang buruk, 4) menumbuhkan dan meningkatkan rasa percaya antar sesama anggota kelompok, 5) menumbuhkan dan meningkatkan semangat kerjasama dan kemampuan untuk berkompromi, 6) menumbuhkan dan

meningkatkan komitmen dan tanggung jawab, 7) menumbuhkan dan meningkatkan kemauan untuk memberi dan menerima bantuan, 8) mengembangkan ketangkasan, kemampuan fisik dan koordinasi (Rahmawati, 2015)

Teori keperawatan yang digunakan adalah teori adaptasi Callista Roy. Model Adaptasi Roy berasumsi bahwa dasar ilmu keperawatan adalah pemahaman tentang proses adaptasi manusia dalam menghadapi situasi hidupnya. Roy mengidentifikasi 3 aspek dalam model keperawatannya yaitu: pasien sebagai penerima layanan keperawatan, tujuan keperawatan dan intervensi keperawatan. Masing-masing aspek utama tersebut termasuk didalamnya konsep keperawatan, manusia, sehat-sakit, lingkungan dan adaptasi. Konsep adaptasi diasumsikan bahwa individu merupakan sistem terbuka dan adaptif yang dapat merespon stimulus yang datang baik dari dalam maupun luar individu. Manusia secara terus menerus mendapat pengalaman dari lingkungannya, sehingga pada akhirnya sebuah respon terbentuk dan terjadi adaptasi. Respon adaptasi berupa adaptif dan maladaptif. Respon adaptif meningkatkan integrasi dan menolong manusia untuk mencapai tujuan-tujuan dari adaptasi yaitu kelangsungan hidup, pertumbuhan, reproduksi, keahlian dan perubahan sedangkan respon maladaptif gagal mencapai tujuan adaptif (Jackie Crisp, Clint Douglas, Geraldine Rebeiro, 2017).

Lingkungan adalah kondisi, keadaan yang mempengaruhi perkembangan dan perilaku individu atau kelompok dengan beberapa pertimbangan saling menguntungkan individu dan sumber daya alam. Dalam hal ini, perubahan lingkungan dapat menstimulasi individu untuk berespon adaptif. Dalam model adaptasi roy, perawat dapat meningkatkan penyesuaian diri pasien dalam

menghadapi tantangan yang berhubungan dengan sehat-sakit, meningkatkan penyesuaian diri pasien menuju adaptasi dalam menghadapi stimulus. Kesehatan diasumsikan sebagai hasil dari adaptasi pasien dalam menghadapi stimulus yang datang dari lingkungan. Keperawatan menurut Roy adalah sebagai proses interpersonal yang diawali karena maladaptasi terhadap perubahan lingkungan. Tindakan keperawatan diarahkan untuk mengurangi atau menghilangkan dan meningkatkan kemampuan adaptasi manusia. Pengalaman perawat dalam menerapkan manajemen keselamatan pasien sesuai dengan model konsep diri menurut Roy berhubungan dengan integritas psikis antara lain persepsi, aktivitas mental dan ekspresi perasaan. Perawat yang memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan tugasnya harus beradaptasi dengan seluruh pasien terkait dalam pelaksanaan manajemen keselamatan pasien dan juga manajemen resiko dalam menjalankan tugasnya sebagai pemberi asuhan keperawatan (Indriyani, 2019).

2.5. Penelitian Terdahulu Yang Relevan

No	Judul, Penulis/Tahun	Tujuan	Metode	Hasil
1	Evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien di ruang inap Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar (Haritsa & Haskas, 2021)	Tujuan penelitian ini ialah untuk mengevaluasi pelaksanaan keselamatan pasien di ruang inap Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar	Jenis penelitian yang digunakan ialah metode <i>deskriptif kuantitatif</i> dengan tehnik <i>observasional</i> . Metode sampling yang digunakan dengan tehnik <i>purposive sampling</i> didapatkan sampel 70 responden sesuai dengan kriteria inklusi. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan lembar observasi	Hasil penelitian Evaluasi Pelaksanaan Keselamatan Pasien di RSUD Labuang Baji menunjukkan bahwa dari 70 responden yang telah melakukan identifikasi pasien yaitu sebanyak 70 responden (100%). Komunikasi efektif 70 responden (100%). Peningkatan keamanan obat sebanyak 66 responden (94,3 %) telah melakukan keamanan obat dan yang tidak melakukan 4 responden (5,7 %). Ketepatan pasien, tepat lokasi, dan tepat prosedur operasi 70 responden (100%).

				<p>Pengurangan resiko infeksi serbanyak 67 responden (95,7%) dan yang tidak melakukan yaitu serbanyak 3 responden (4,3%).</p> <p>Pengurangan resiko pasien jatuh serbanyak 64 responden (91,4%) dan yang tidak melakukan yaitu serbanyak 6 responden (8,6%)</p>
2	<p>Analisis Implementasi identifikasi pasien di rumah sakit di Indonesia berdasarkan elemen akreditasi (Murtiningtyas & Dhamanti, 2022)</p>	<p>Tujuan penelitian untuk menganalisis pelaksanaan identifikasi pasien di rumah sakit di Indonesia berdasarkan elemen akreditasi</p>	<p>Teknik yang dipakai dalam penulisan artikel ini menggunakan <i>literature review</i>. Pencarian artikel dilakukan melalui database Google Scholar, Portal Garuda maupun Science Direct dengan kata kunci “identifikasi pasien”, “implementasi”, “rumah sakit” serta “Indonesia”. Syarat inklusi dari pencarian data artikel ini ialah artikel berbentuk penelitian yang dilaksanakan dalam Indonesia, artikel dipublikasikan dari tahun 2015 sampai 2020, berupa original artikel dan <i>full text</i></p>	<p>Analisis berdasarkan elemen akreditasi identifikasi pasien menunjukkan rata-rata rumah sakit sudah memiliki regulasi dan prosedur yang mengatur tentang identifikasi pasien tetapi nyatanya yang terjadi di lapangan tidak sesuai dengan regulasi yang sudah ditentukan, sehingga pelaksanaan identifikasi secara keseluruhan belum maksimal. Dari 9 artikel yang dianalisa hanya 1 artikel yang memperlihatkan bahwa pelaksanaan identifikasi pasien dari elemen 1-5 akreditasi identifikasi pasien di rumah sakit di Indonesia sudah meraih target serta sesuai standar. Elemen identifikasi pasien tersebut terdiri dari terdapat regulasi yang mengatur pelaksanaan identifikasi pasien, identifikasi pasien dilakukan dengan menggunakan minimal 2 identitas, identifikasi pasien dilakukan sebelum dilakukan tindakan, Identifikasi sebelum pemberian obat, darah, produk darah dan specimen dan Identifikasi sebelum pengambilan darah atau pengambilan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis</p>

3	<p>Analisis Faktor Penerapan Prosedur Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit : A <i>Literature Review</i> (Mastuty et al., 2019)</p>	<p>Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berpengaruh terhadap penerapan system keselamatan pasien</p>	<p>Jenis penelitian in adalah literature review. Pencarian artikel jurnal dilakukan secara elektronik dengan menggunakan beberapa database, yaitu: Proquest, Google Scholar, Science Direct. Batasan waktu yang digunakan adalah Januari 2009 hingga Desember 2019. Dari 1812 artikel yang diperoleh 16 artikel yang memenuhi kriteria inklusi.</p>	<p>faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan SKP antara lain, aspek ekonomi, kepemimpinan, budaya, sistem pelayanan kesehatan, pengetahuan, sikap, dan tindakan tenaga professional, analisis situasi dan kondisi tempat kerja, sistem manajemen risiko, durasi jam kerja perawat, program mentoring, supervisi keperawatan, dan evaluasi penerapan SKP. Faktor-faktor tersebut dapat memberikan dukungan positif di rumah sakit untuk menerapkan sistem manajemen dan pelayanan kesehatan yang prima dengan memaksimalkan penerapan SKP sehingga dapat menekan risiko terjadinya malpraktik atau kejadian tidak diinginkan</p>
4	<p>Pengalaman Perawat Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Covid-19 di DKI Jakarta (Tallulembang et al., 2020)</p>	<p>Tujuan penelitian untuk mengeksplorasi pengalaman perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien COVID-19</p>	<p>Kualitatif fenomenologi dengan pemilihan sampel secara purposive sampling, jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 10 partisipan.</p>	<p>Pengalaman pengkajian ditemukan partisipan mengalami perasaan cemas, takut, was-was dan bertanya-tanya, melakukan pengkajian dengan menjaga jarak dan menggunakan APD lengkap, melakukan pengkajian dengan terfokus dan riwayat secara detail. Pengalaman peneggakkan diagnosis yaitu dengan cara terfokus pada data pengkajian dan sesuai prioritas, ditemukan adanya diagnosis prioritas pada COVID-19 yaitu bersihan jalan nafas, hipertermi dan kecemasan. Pengalaman melakukan intervensi yaitu adanya intervensi yang berbeda dari non-covid-19 yaitu pendekatan psikologis. Pada pengalaman melakukan implementasi ditemukan pasien kurang kooperatif. Pada pengalaman melakukan evaluasi: ditemukan</p>

				pengalaman partisipan melakukan evaluasi yaitu dengan cara evaluasi secara langsung dan mengacu pada asuhan yang sudah diberikan, adanya indikator dalam melakukan evaluasi yaitu pemeriksaan swab, target yang diberikan tercapai, dan hemodinamik stabil.
5	Implikasi Manajemen Keperawatan dalam Penanganan Pasien Corona Virus Disease-19 (Covid-19): Literatur Review(Astuti & Suyanto, 2020)	bertujuan untuk melakukan telaah implikasi manajemen keperawatan dalam penanganan pasien Covid-19 dari berbagai jurnal.	Penelusuran artikel dalam jurnal penelitian didapatkan dari Google scholar, Scencedirect, Ebscohost dan Wiley lalu dikelompokkan berdasarkan issue, metodologi, dan persamaan lingkup pembahasan. Artikel penelitian lain yang masuk dalam daftar penelusuran seperti dari Elsavier dan CDC. Diperoleh artikel sebanyak 940 buah terdiri dari jurnal keperawatan maupun jurnal kesehatan dengan kata kunci Implikasi, Perawat, Manajemen,	Sebagai hasil analisa 15 artikel dalam jurnal penelitian terpilih diperoleh data yang dibagi menjadi 3 kelompok yaitu: Pertama, pelatihan bagi perawat dan pasien. Perawat dalam menangani pasien Covid-19 membutuhkan tambahan pelatihan seperti manajemen pemberian infus efektif dan penggunaan Artificial Intelligence. Demikian juga pasien perlu diberikan beberapa intervensi berupa latihan seperti latihan otot progresif dan rehabilitasi pernafasan untuk meningkatkan kondisi kesehatan pasien Covid-19. Kedua, pengelolaan tenaga dan sarana keperawatan seperti kapasitas tenaga dengan jumlah shift yang seimbang, serta kecukupan alat pelindung diri. Ketiga, aspek psikologi perawat dalam menangani pasien Covid-19 diberikan dalam bentuk dukungan psikologis dari keluarga dan tim kesehatan
6	Knowledge and attitude of nurses towards patient safety and its associated factors (Biresaw et al., 2020)	Penelitian ini bertujuan untuk menilai pengetahuan, sikap dan faktor-faktor yang berhubungan dengan pasien keselamatan di antara perawat yang bekerja di rumah sakit khusus Universitas Gondar Iran	Desain studi cross-sectional berbasis institusi dilakukan di rumah sakit khusus Universitas Gondar. Data dikumpulkan dari 386 perawat menggunakan versi bahasa Inggris yang telah diuji sebelumnya, terstruktur, dan dikelola sendiri daftar pertanyaan. Data EPI 3.1 digunakan untuk memasukkan data dan	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa 48,4% responden dinyatakan baik pengetahuan. Demikian pula, 56,1% responden memiliki sikap yang baik mengenai keselamatan pasien. Pelatihan (AOR = 2.9, 95% CI = 1.34, 6.3), usia (AOR = 3.3, 95% CI = 1.79, 6.0) dan informasi tentang keselamatan pasien selama melanjutkan pendidikan (AOR = 3,07, 95% CI = 1,6, 5,45) menunjukkan hubungan yang positif dan signifikan

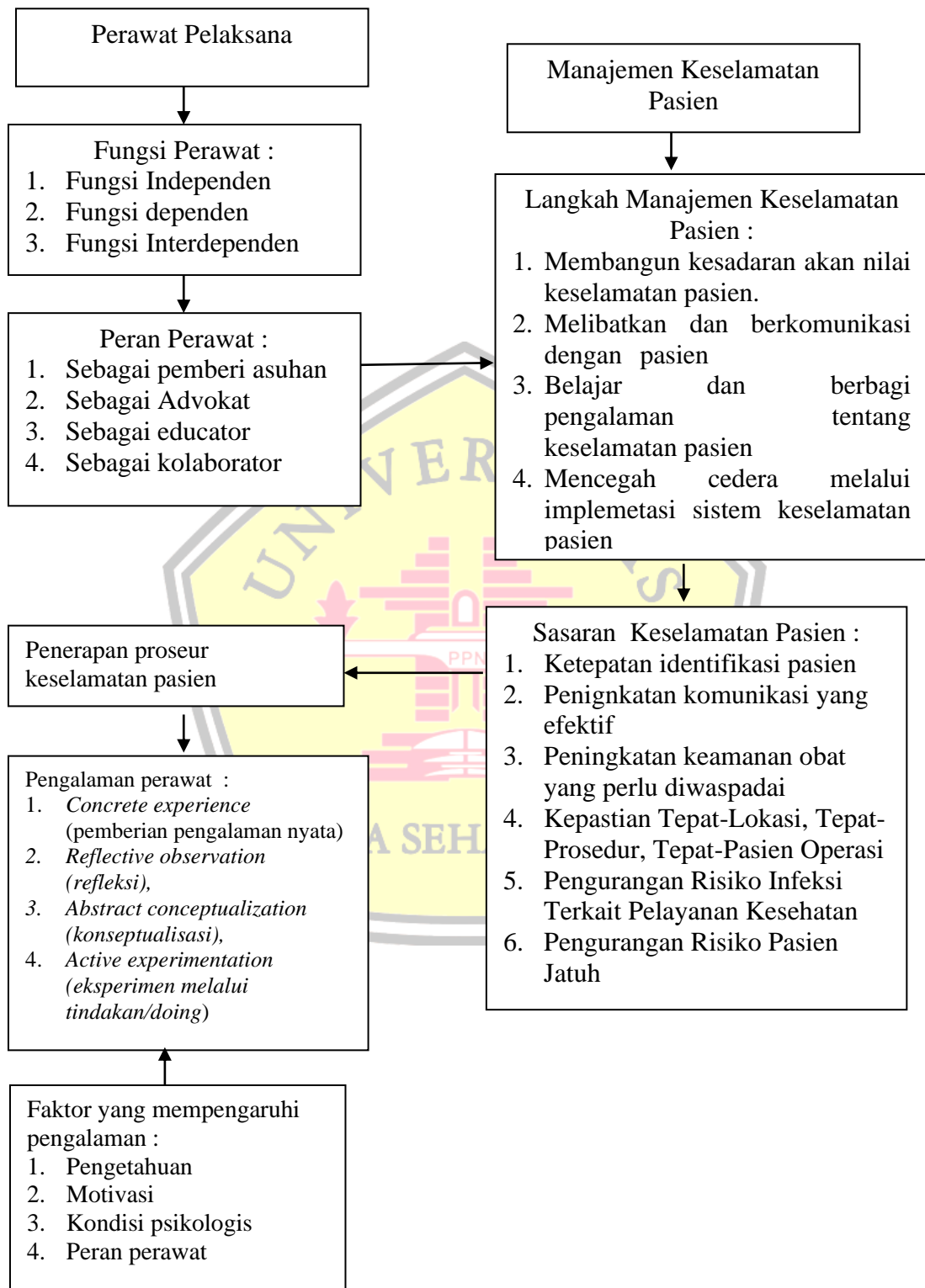
			SPSS versi 22 untuk analisis. Regresi logistik biner Model ini digunakan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berhubungan dengan pengetahuan dan sikap perawat terhadap keselamatan pasien. Rasio odds yang disesuaikan dengan interval kepercayaan 95% dihitung untuk menentukan tingkat signifikansi.	dengan pengetahuan dan sikap perawat.
7	Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea (Kim et al., 2018b)	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh lingkungan kerja perawat dan budaya keselamatan pasien di rumah sakit pada kasus perawatan yang terlewatkan di Korea Selatan	Sebuah desain cross-sectional digunakan, di mana kuesioner terstruktur diberikan untuk 186 perawat bekerja di rumah sakit universitas tersier. Data dianalisis menggunakan statistik deskriptif, uji t atau analisis varians, korelasi Pearson, dan analisis regresi berganda	Asuhan keperawatan yang terlewatkan ditemukan berkorelasi dengan karir klinis, lingkungan kerja keperawatan, dan prosedur keselamatan pasien. Model regresi menjelaskan sekitar 30,3% dari asuhan keperawatan yang terlewatkan. Sementara itu, kecukupan staf dan sumber daya (b .31, p .001), kemampuan manajer perawat, kepemimpinan dan dukungan perawat (b .26, p .004), karir klinis (b .21, p .004), dan persepsi pada pasien budaya keselamatan di dalam unit (b .19, p .041) ditentukan sebagai faktor yang mempengaruhi kegagalan asuhan keperawatan.
8	Exploring nurses' experiences of psychological distress during care of patients with COVID-19: a qualitative study (Galehdar et al., 2020)	penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman perawat tentang tekanan psikologis selama perawatan pasien dengan COVID-19	Penelitian kualitatif ini dilakukan dengan menggunakan metode analisis isi konvensional di Iran dari Maret hingga Mei 2020. Peserta dalam penelitian ini termasuk perawat yang merawat pasien dengan COVID-19, dan mereka dipilih berdasarkan metode purposive sampling. Data dikumpulkan melalui 20 wawancara panggilan telepon dan dianalisis berdasarkan metode yang diusulkan oleh Lundman dan Graneheim	Analisis data kualitatif mengungkapkan 11 kategori termasuk kecemasan kematian, kecemasan karena sifat penyakit, kecemasan akibat penguburan jenazah, takut menulari keluarga, tertekan karena membuang-buang waktu, tertekan secara emosional penyampaian berita buruk, takut terkontaminasi, munculnya pikiran obsesif, perasaan tidak enak memakai alat pelindung diri, konflik antara rasa takut dan hati nurani, dan ketidaktahuan publik tentang tindakan pencegahan

9	<p>The Lived Experience of Nurses Caring for Patients with COVID-19 in Iran: A Phenomenological Study (Karimi et al., 2020)</p>	<p>Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman hidup perawat merawat pasien dengan COVID-19 di Iran</p>	<p>Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif fenomenologi. Pengambilan sampel dilakukan dengan sengaja, dan peserta dipilih berdasarkan kriteria inklusi. Data dikumpulkan melalui wawancara semi terstruktur menggunakan aplikasi mobile messaging WhatsApp. Metode Colaizzi digunakan untuk menganalisis data. Kriteria yang diperkenalkan oleh Lincoln dan Guba digunakan untuk ketelitian belajar</p>	<p>Data tersebut diperoleh dari 12 perawat yang merawat pasien COVID-19. Usia rata-rata peserta adalah 29,41 tahun (SD = 2,72) dengan pengalaman kerja rata-rata 6,75 tahun (SD = 2.52). Tiga tema utama dan enam subtema diidentifikasi: kondisi mental (termasuk subtema "kecemasan dan stres" dan "ketakutan"), kondisi emosional (subtema termasuk "penderitaan dan penderitaan" dan "menunggu kematian"), dan konteks perawatan (subtema termasuk "kekacauan" dan "kurangnya dukungan dan peralatan")</p>
10	<p>Challenges of effective integration of clinical risk management into hospitals in Iran (Farokhzadian & Nayeri, 2018)</p>	<p>Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi pengalaman perawat terkait dengan tantangan penerapan manajemen risiko klinis dalam konteks organisasi</p>	<p>Studi kualitatif ini didasarkan pada konten konvensional analisis pendekatan Lundman dan Graneheim, dan terdiri dari 22 sesi wawancara dengan 20 perawat. Tujuan metode pengambilan sampel digunakan untuk memilih peserta dari tiga rumah sakit yang berafiliasi dengan Universitas Kedokteran Kerman Ilmu. Kami menggunakan wawancara semi-terstruktur dan meninjau dokumen yang relevan untuk mengumpulkan data.</p>	<p>Ada 20 peserta dalam penelitian ini, yang termasuk 14 wanita dan 6 pria, berusia 32 hingga 46 tahun tua, dengan pengalaman kerja mulai dari 2 hingga 25 bertahun-tahun. Lima peserta memiliki gelar master dan 15 lainnya memiliki gelar sarjana keperawatan. Itu perawat yang berpartisipasi termasuk ibu, risiko manajer, dua supervisor klinis, seorang pendidik supervisor, dua kepala perawat, dua petugas peningkatan kualitas, dan 11 perawat klinis. Dua dari peserta adalah karyawan yang berkomitmen, 1 dua lainnya adalah karyawan kontrak, 2 dan yang lainnya semuanya pegawai formal.³ Mayoritas peserta pernah bekerja di beberapa bangsal. Lingkungan organisasi umumnya tidak cocok, karena faktor-faktor seperti organisasi tantangan budaya dan kepemimpinan, sumber daya yang terbatas (keuangan, manusia, dan</p>

				fisik dan peralatan sumber daya), dan kondisi kerja yang bervariasi dan kompleks telah menciptakan persepsi negatif tentang konteks organisasi.
--	--	--	--	---



2.6. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori