

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Keselamatan Pasien

1. Pengertian Keselamatan Pasien

Patient diartikan pasien atau orang sakit, sementara *safety* berasal dari kata *safe* yang berarti aman atau juga memiliki arti keselamatan (Hartono, 2002). *Patient safety* rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman (Priyoto, 2014).

Keselamatan pasien di rumah sakit melibatkan suatu system yang bertujuan untuk meingkatkan keamanan asuhan pasien. Sistem ini mencakup evaluasi resiko, identifikasi dan manajemen resiko yang terkait dengan pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dari insiden serta mengambil Tindakan yang diperlukan, dan implementasi solusi guna mengurangi resiko dan mencegah cedera yang disebabkan oleh kesalahan dalam melakukan Tindakan atau kelalaian dalam mengambil Tindakan yang seharusnya dilakukan. (Kemenkes, 2011).

Patient safety adalah konsep yang menekankan pentingnya keselamatan pasien dalam proses pelayanan kesehatan disebuah lembaga kesehatan. Keselamatan pasien merupakan prinsip yang menjadi focus utama dalam upaya memberikan pelayanan kesehatan.

2. Tujuan Keselamatan Pasien

Pada rumah sakit, tujuan keselamatan pasien mencakup, pembentukan budaya keselamatan pasien, peningkatan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, penurunan kejadian yang tidak diharapkan (KTD), dan pelaksanaan program pencegahan untuk mencegah terulangnya kejadian yang tidak diharapkan.

Menurut *Institute of Medicine (IOM)* (2008) tujuan keselamatan pasien adalah mencapai keamanan pasien dengan meningkatkan evektifitas pelayanan melalui penggunaan bukti yang kuat untuk menentukan kebutuhan terapi yang tepat bagi pasien. Selain itu, tujuan tersebut juga

melibatkan focus pada nilai dan kebutuhan pasien, pengurangan waktu tunggu pasien dalam menerima pelayanan, dan penggunaan sumber daya yang efisien.

3. Insiden Keselamatan Pasien

Dalam *institute of Medication, Patient Safety* sebagai “*An adverse event result in unintended harm to the patient by an act of commission rather than by the underlying disease or condition of the patient.*” sementara dalam Permenkes No 191 tahun 2011, insiden keselamatan pasien yang dikenal juga sebagai insiden, merujuk pada setiap kejadian atau kondisi yang tidak disengaja yang dapat menyebabkan atau berpotensi menyebabkan cedera yang sebenarnya dapat dicegah pada pasien. Insiden keselamatan pasien sering kali merupakan hasil dari pelaksanaan tindakan tertentu (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*) (Depkes, 2008). Namun demikian penyebab terjadinya insiden keselamatan pasien di rumah sakit sangat kompleks, melibatkan semua bagian dalam sistem yang berlaku dalam rumah sakit.

4. Jenis-Jenis Insiden Keselamatan Pasien

Berdasarkan permenkes No. 191 tahun 2011, tentang keselamatan pasien rumah sakit, insiden keselamatan pasien terdiri dari:

1. Kejadian tidak diharapkan (KTD)

Suatu insiden yang tidak diharapkan menyebabkan cedera pada pasien karena tindakan yang dilakukan atau tindakan yang seharusnya diambil, bukan disebabkan oleh penyakit dasarnya atau kondisi pasien. Insiden tersebut dapat terjadi pada semua tahap perawatan, mulai dari diagnosis, pengobatan hingga pencegahan. (Reason, 1990 dalam *To Err Is Human : Building A Safer Health System*).

2. Kejadian tidak cedera (KTC)

Suatu insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak mengakibatkan cedera.

3. Kejadian nyaris cedera (KNC)

Kejadian nyaris cedera adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.

4. Kejadian potensial cedera (KPC)

Kejadian Potensial Cedera adalah kondisi yang memiliki potensi besar untuk menyebabkan cedera, namun belum terjadi insiden yang nyata.

5. Kejadian sentinel

Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius. Biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti: operasi pada bagian tubuh yang salah.

5. Tujuh Langkah Keselamatan Pasien

Tujuh langkah keselamatan pasien yang harus dijalankan di tiap rumah sakit, antara lain:

1. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil,
2. Pimpin dan dukung staf. Bangunlah komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien.
3. Integrasikan aktivitas pengelolaan resiko. Kembangkan sistem dan proses pengelolaan resiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah.
4. Kembangkan sistem pelaporan. Pastikan staf agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian atau insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
5. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien. Kembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien
6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien. Dorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana

dan mengapa kejadian itu timbul. Cegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

7. Gunakan informasi yang ada tentang kejadian atau masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan.

6. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Keselamatan

Pasien

Menurut (WHO, 2009 dalam Hadi, I. 2017). Faktor-faktor yang mempengaruhi keselamatan pasien diantaranya adalah: budaya keselamatan, manajer/pemimpin, komunikasi, petugas kesehatan, kerja sama/*team work*, stres, kelelahan, dan lingkungan kerja.

1. Budaya Keselamatan

Budaya keselamatan pasien merupakan nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku yang berkomitmen untuk mendukung manajemen dan program keselamatan pasien. (KKP-RS, 2008 dalam Hadi, I. 2017). Budaya keselamatan telah menjadi masalah yang signifikan bagi organisasi kesehatan yang berusaha untuk meningkatkan keselamatan pasien. *Institute of Medicine* menyatakan, kesehatan organisasi perawatan harus mengembangkan budaya keselamatan sehingga proses desain organisasi dan tenaga kerja yang difokuskan pada tujuan yang jelas, peningkatan kompetensi dan proses keamanan perawatan (Kohn et al, 1999 dalam Hadi, I. 2017).

2. Manajer/pemimpin

Manajer/pemimpin mempunyai kemampuan untuk mempengaruhi orang terhadap pencapaian tujuan organisasi. Manajer/pemimpin juga memainkan peran penting dalam mengembangkan program keselamatan pasien, bertanggung jawab dalam menetapkan arah bagi suatu unit yang dipimpin. Manajer tingkat menengah dan atas harus menunjukkan komitmen terhadap keselamatan pasien seperti mengunjungi ruang rawat inap sehingga mempengaruhi budaya keselamatan pasien para perawat

pelaksana. Manajer tingkat bawah (kepala ruangan) mempunyai peran penting salah satunya membuat perencanaan ruangan yang menjadi prioritas diantara fungsi manajemen yang lain. (Hadi, I. 2017).

3. Komunikasi

Komunikasi sangat penting dalam peran keselamatan pasien terutama dalam fungsi kerja serta untuk koordinasi antara pelaksana, tim, dan manajer. Masalah komunikasi dapat dikategorikan sebagai kegagalan sistem, pesan, dan penerimaan dapat menyebabkan kesalahan yang dapat terjadi. Kegagalan komunikasi merupakan penyebab utama membahayakan pasien.

Permenkes RI (2011) dalam Hadi, I. (2017) mengemukakan beberapa komunikasi yang efektif dalam keselamatan pasien pada sasaran II peningkatan komunikasi yang efektif yakni komunikasi efektif yang tepat waktu akurat, lengkap, jelas dan yang dipahami oleh pasien akan mengurangi kesalahan fatal dan akan menghasilkan peningkatan keselamatan pasien.

4. Petugas Kesehatan

Terkait petugas kesehatan dapat meningkatkan keselamatan pasien dengan cara menjaga kebersihan tangan. Kepatuhan menjaga kebersihan tangan merupakan perilaku yang mendasar bagi petugas kesehatan. Kemampuan mengenali dan mencegah bahaya seiring dengan penambahan usia dan tingkat perkembangannya. (Potter & Perry, 2010 dalam Hadi, I. 2017).

5. Sasaran Patient Safety

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 Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), (KKPRS PERSI) dan dari *joint comission*

international (JCI). Maksud dari sasaran keselamatan pasien adalah untuk mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien mencakup enam sasaran (Kemenkes, 2011 dalam Rachmawati dan Harigustian, 2019), yakni:

a. Ketepatan Identifikasi Pasien

Sasaran pertama ini hal pertama yang penting diperhatikan seluruh tenaga medis. Identifikasi pasien dilakukan dalam dua kali pengecekan. Pertama, identifikasi pasien sebagai individu yang akan menerima pelayanan/pengobatan. Kedua, untuk kesesuaian pelayanan atau pengobatan terhadap individu tersebut. Terdapat 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. Elemen penilaian sasaran identifikasi pasien 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 prosedur; serta
- 5) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

b. 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. 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

c. Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai

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 untuk menjaga komitmen rumah sakit dalam tanggung jawab keselamatan pasien. Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high alert medications*) adalah obat yang sering menyebabkan terjadinya kesalahan serius (*sentinel event*), obat yang beresiko tinggi menyebabkan dampak yang tidak diinginkan (*adverse outcome*) seperti obat yang terlihat mirip, kedengarannya mirip (nama obat rupa dan ucapan mirip/ NORUM, atau *look alike sound alike/LASA*). Langkah peningkatan keamanan obat *high alert* ini dapat dilakukan dengan mengembangkan kebijakan atau prosedur untuk membuat daftar obat apa saja yang perlu diwaspadai.

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

Sasaran ini bisa disebabkan berbagai faktor, diantaranya tidak ada komunikasi yang efektif antar tim medis, tidak adanya penelaah ulang catatan medis, tidak melibatkan pasien dalam penandaan lokasi yang akan dioperasi (*site marketing*), pemakaian singkatan untuk instruksi tindakan ataupun permasalahan yang berhubungan dengan tidak terbacanya tulisan (*illegible handwriting*). Elemen kepastian tepat-lokasi, tepat prosedur, dan tepat-pasien operasi menurut Permenkes (2011) sebagai berikut;

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

e. Pengurangan resiko infeksi

Terkait pelayanan kesehatan elemen pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan menurut Permenkes (2011) sebagai berikut;

- 1) Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman hand hygiene terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (*WHO Patient Safety*)

- 2) Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
- 3) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan resiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

f. Pengurangan Pasien Resiko Jatuh

Elemen pengurangan resiko pasien jatuh menurut Permenkes (2011) Menurut Permenkes (2011) sebagai berikut:

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

B. Konsep *Healthcare Associated Infections (HAIs)*

1. Pengertian *Healthcare Associated Infections (HAIs)*

Infeksi adalah kondisi yang disebabkan oleh mikroorganisme patogen, baik dengan atau tanpa gejala klinik. Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (*Health Care Associated Infections*) atau biasa disebut dengan HAIs merupakan infeksi yang terjadi pada pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Infeksi ini dapat terjadi ketika pasien masuk tanpa adanya infeksi atau dalam masa inkubasi, termasuk infeksi yang muncul setelah pasien pulang dari rumah sakit. Selain itu, HAIs juga dapat terjadi pada petugas rumah sakit dan tenaga kesehatan yang terlibat dalam proses pelayanan kesehatan.

2. Rantai Infeksi (*Chain of Infection*)

Rantai Infeksi (*Chain of Infection*) merupakan serangkaian komponen yang harus ada agar terjadi infeksi. Kejadian infeksi dapat disebabkan oleh

enam komponen rantai penularan. Jika salah satu komponen dalam rantai ini diputus atau dihilangkan, maka penularan infeksi dapat dicegah atau dihentikan. Berikut adalah enam komponen rantai penularan infeksi:

- 1) Agen infeksi (*infectious agent*) adalah mikroorganisme yang menyebabkan infeksi dapat bervariasi pada manusia, termasuk bakteri, virus, jamur, dan parasit. Terdapat tiga factor pada agen penyebab yang memengaruhi terjadinya infeksi, yaitu: patogenitas, virulensi dan jumlah (dosis, atau "*load*").
- 2) *Reservoir* atau tempat/sumber merupakan tempat dimana agen infeksi dapat hidup, tumbuh, berkembang-biak dan siap ditularkan kepada manusia atau inang lainnya. Berdasarkan penelitian, *reservoir* terbanyak dapat ditemukan pada manusia, alat medis, binatang, tumbuh-tumbuhan, tanah, air, lingkungan dan bahan-bahan organik lainnya. Pada orang yang sehat, permukaan kulit, selaput lendir mulut, saluran napas atas, usus dan vagina juga merupakan *reservoir*.
- 3) *Portal of exit* (pintu keluar) adalah lokasi tempat dimana agen infeksi (mikroorganisme) meninggalkan *reservoir* melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih serta transplasenta.
- 4) Metode transmisi atau cara penularan adalah metode transportasi mikroorganisme dari wadah/*reservoir* ke inang yang rentan.
- 5) *Portal of entry* (pintu masuk) adalah lokasi dimana agen infeksi memasuki inang yang rentan dapat melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih dan kelamin atau melalui kulit yang tidak utuh.
- 6) *Susceptible host* (pejamu rentan) adalah seseorang dengan kekebalan tubuh menurun sehingga tidak mampu melawan agen infeksi.

3. Jenis dan Faktor Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan atau *Healthcare Associated Infections (HAIs)*

- a. Jenis HAIs yang paling sering terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan, terutama rumah sakit mencakup:
 - 1) Ventilator associated pneumonia (VAP)
 - 2) Infeksi Aliran Darah (IAD)

- 3) Infeksi Saluran Kemih (ISK)
- 4) Infeksi Daerah Operasi (IDO)

b. Faktor Risiko HAIs meliputi:

- 1) Umur
- 2) Status imun yang rendah/terganggu (*immune compromised*)
- 3) Gangguan/Interupsi barier anatomis
- 4) Implantasi benda asing
- 5) Perubahan mikroflora normal

4. Kewaspadaan Standar

Kewaspadaan standar merupakan bentuk kewaspadaan yang utama, dirancang untuk diterapkan secara rutin dalam perawatan semua pasien di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, termasuk pasien yang telah didiagnosis, diduga terinfeksi atau kolonisasi. Tujuannya adalah mencegah transmisi silang sebelum pasien di diagnosis, sebelum hasil pemeriksaan laboratorium diperoleh dan setelah pasien didiagnosis. Selain itu tenaga kesehatan seperti petugas laboratorium, rumah tangga, CSSD, pembuang sampah dan lainnya juga berisiko tinggi terinfeksi.

Pada tahun 2007, CDC dan HICPAC merekomendasikan 11 (sebelas) komponen utama yang harus diimplementasikan dan dipatuhi dalam kewaspadaan standar, yaitu kebersihan tangan, Alat Pelindung Diri (APD), dekontaminasi peralatan perawatan pasien, kesehatan lingkungan, pengelolaan limbah, penatalaksanaan linen, perlindungan kesehatan petugas, penempatan pasien, hygiene respirasi/etika batuk dan bersin, praktik menyuntik yang aman dan praktik lumbal pungsi yang aman. Kesebelas kewaspadaan standar tersebut yang harus di terapkandi semua fasilitas pelayanan kesehatan, sebagai berikut:

a. Kebersihan Tangan

Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir ketika tangan terlihat kotor atau terkena cairan

tubuh, atau menggunakan alkohol (*alcohol-based handrubs*) Ketika tangan tidak terlihat kotor. Kuku petugas harus selalu dalam keadaan bersih dan dipotong pendek, tanpa kuku palsu, serta tanpa memakai perhiasan cincin. Cuci tangan dengan sabun biasa/antimikroba dan bilas dengan air mengalir, dilakukan pada saat:

- 1) Bila tangan tampak kotor, terkena kontak cairan tubuh pasien yaitu darah, cairan tubuh sekresi, ekskresi, kulit yang tidak utuh, ganti verband, walaupun telah memakai sarung tangan.
- 2) Bila tangan beralih dari area tubuh yang terkontaminasi ke area lainnya yang bersih, walaupun pada pasien yang sama. Indikasi kebersihan tangan :
 - Sebelum kontak pasien.
 - Sebelum tindakan aseptik.
 - Setelah kontak darah dan cairan tubuh.
 - Setelah kontak pasien.
 - Setelah kontak dengan lingkungan sekitar pasien.

b. Alat Pelindung Diri (APD)

1) Umum

Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam APD sebagai berikut:

- a) Alat pelindung diri adalah pakaian khusus atau peralatan yang di pakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi/bahan infeksius.
- b) Alat pelindung diri terdiri dari sarung tangan, masker/Respirator Partikulat, pelindung mata (goggle), perisai/pelindung wajah, kap penutup kepala, gaun pelindung/apron, sandal/sepatu tertutup (Sepatu Boot).
- c) Tujuan Pemakaian APD adalah melindungi kulit dan membran mukosa dari resiko pajanan darah, cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir dari pasien ke petugas dan sebaliknya.

- d) Indikasi penggunaan APD adalah jika melakukan tindakan yang memungkinkan tubuh atau membran mukosa terkena atau terpercik darah atau cairan tubuh atau kemungkinan pasien terkontaminasi dari petugas.
 - e) Melepas APD segera dilakukan jika tindakan sudah selesai di lakukan.
 - f) Tidak dibenarkan menggantung masker di leher, memakai sarung tangan sambil menulis dan menyentuh permukaan lingkungan.
- 2) Jenis-Jenis APD
- a) Sarung tangan

Terdapat tiga jenis sarung tangan, yaitu :

 - Sarung tangan bedah (steril)
 - Sarung tangan pemeriksaan (bersih)
 - Sarung tangan rumah tangga.
 - b) Masker

Masker digunakan untuk melindungi wajah dan membran mukosa mulut dari percikan darah dan cairan tubuh yang berasal dari pasien atau lingkungan lingkungan udara yang terkontaminasi dan melindungi pasien atau permukaan lingkungan udara dari petugas pada saat batuk atau bersin. Masker yang di gunakan harus menutupi hidung dan mulut serta melakukan Fit Test (penekanan di bagian hidung).

Terdapat tiga jenis masker, yaitu:

 - Masker bedah, untuk tindakan bedah atau mencegah penularan melalui droplet.
 - Masker respiratorik, untuk mencegah penularan melalui airborne.
 - Masker rumah tangga, digunakan di bagian gizi atau dapur.
 - c) Gaun Pelindung

Gaun pelindung digunakan untuk melindungi pakaian petugas dari kemungkinan terpapar atau terkena percikan darah, cairan

tubuh, sekresi, ekskresi dan melindungi pasien dari paparan pakaian petugas pada tindakan steril.

Jenis-jenis gaun pelindung :

- Gaun pelindung tidak kedap air
- Gaun pelindung kedap air
- Gaun steril
- Gaun non steril

d) Goggle dan perisai wajah

Tujuan pemakaian Goggle dan perisai wajah:

Melindungi mata dan wajah dari percikan darah, cairan tubuh, sekresi dan ekskresi.

e) Sepatu pelindung

Tujuan pemakaian sepatu pelindung adalah melindungi kaki petugas dari tumpahan atau percikan darah atau cairan tubuh lainnya serta mencegah kemungkinan tusukan benda tajam atau terkena jatuhnya alat kesehatan. Penting untuk memastikan sepatu tidak memiliki lubang agar dapat berfungsi secara optimal.

f) Topi Pelindung

Tujuan pemakaian topi pelindung adalah untuk mencegah jatuhnya mikroorganisme yang ada di rambut dan kulit kepala petugas terhadap alat-alat atau area yang steril, serta membran mukosa pasien.

c. Dekontaminasi Peralatan Perawatan Pasien

Pada tahun 1968 Spaulding mengusulkan tiga kategori risiko potensial infeksi sebagai dasar untuk memilih praktik atau prosedur pencegahan yang akan digunakan (seperti sterilisasi peralatan medis, sarung tangan dan perkakas lainnya) saat merawat pasien. Kategori Spaulding adalah sebagai berikut:

1) Kritikal

Bahan dan praktik ini berkaitan dengan jaringan steril atau sistem darah sehingga merupakan risiko infeksi dengan tingkat keparahan

tertinggi. Kegagalan dalam pengelolaan sterilisasi dapat menyebabkan infeksi yang serius dan berpotensi fatal.

2) Semikritikal

Bahan dan praktik ini merupakan terpenting kedua setelah kritikal yang berhubungan dengan mukosa dan area kecil pada kulit yang lecet. Pengelola harus memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam penanganan peralatan invasif, pemrosesan alat, disinfeksi Tingkat Tinggi (DTT), pemakaian sarung tangan bagi petugas yang menyentuh mukosa atau kulit tidak utuh.

3) Non-kritikal

Pengelolaan peralatan/bahan dan praktik yang berhubungan dengan kulit utuh yang merupakan risiko paling rendah. Dalam proses dekontaminasi peralatan perawatan pasien dilakukan penatalaksanaan peralatan bekas pakai perawatan pasien yang terkontaminasi darah atau cairan tubuh (*pre-cleaning*, *cleaning*, disinfeksi, dan sterilisasi) sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO).

4) Sterilisasi

Proses menghilangkan semua mikroorganisme (bakteria, virus, fungi dan parasit) termasuk endospora menggunakan uap tekanan tinggi (otoklaf), panas kering (oven), sterilisasi kimiawi, atau radiasi.

a) Sterilisator Uap Tekanan Tinggi (autoklaf)

Sterilisasi uap tekanan tinggi adalah metode sterilisasi yang efektif, tetapi juga paling sulit untuk dilakukan secara benar. Pada umumnya sterilisasi ini adalah metode pilihan untuk mensterilisasi instrumen dan alat-alat lain yang digunakan pada berbagai fasilitas pelayanan kesehatan.

b) Sterilisator Panas Kering (Oven)

Baik untuk iklim yang lembab tetapi membutuhkan aliran listrik yang terus menerus, menyebabkan alat ini kurang praktis pada area terpencil atau pedesaan. Selain itu sterilisasi panas kering yang

membutuhkan suhu lebih tinggi hanya dapat digunakan untuk benda-benda dari gelas atau logam—karena akan melelehkan bahan lainnya.

d. Pengendalian Lingkungan

Pengendalian lingkungan di fasilitas pelayanan kesehatan, meliputi langkah-langkah untuk meningkatkan kualitas udara, kualitas air, dan permukaan lingkungan, serta desain dan konstruksi bangunan, dilakukan untuk mencegah transmisi mikroorganisme kepada pasien, petugas dan pengunjung.

1) Kualitas Udara

Tidak dianjurkan melakukan *fogging* dan sinar ultraviolet untuk kebersihan udara, kecuali *dry mist* dengan H₂O₂ dan penggunaan sinar UV untuk terminal dekontaminasi ruangan pasien dengan infeksi yang ditransmisikan melalui air borne.

2) Kualitas air

Seluruh persyaratan kualitas air bersih harus dipenuhi baik menyangkut bau, rasa, warna dan susunan kimianya termasuk debitnya sesuai ketentuan peraturan perundangan mengenai syarat-syarat dan pengawasan kualitas air minum dan mengenai persyaratan kualitas air minum.

3) Permukaan Lingkungan

Seluruh permukaan lingkungan datar, bebas debu, bebas sampah, bebas serangga (semut, kecoa, lalat, nyamuk) dan binatang pengganggu (kucing, anjing dan tikus) dan harus dibersihkan secara terus menerus. Tidak dianjurkan menggunakan karpet di ruang perawatan dan menempatkan bunga segar, tanaman pot, bunga plastik di ruang perawatan. Perbersihan permukaan dapat dipakai klorin 0,05%, atau H₂O₂ 0,5-1,4%, bila ada cairan tubuh menggunakan klorin 0,5%.

4) Desain dan Konstruksi Bangunan

Desain harus mencerminkan kaidah PPI yang mengacu pada pedoman PPI secara efektif dan tepat guna. Desain dari faktor berikut dapat

mempengaruhi penularan infeksi yaitu jumlah petugas kesehatan, desain ruang rawat, luas ruangan yang tersedia, jumlah dan jenis pemeriksaan/prosedur, persyaratan teknis komponen lantai, dinding dan langit-langit, air, listrik dan sanitasi, ventilasi dan kualitas udara, pengelolaan alat medis reused dan disposable, pengelolaan makanan, laundry dan limbah.

e. Pengelolaan Limbah

1) Risiko Limbah

Rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lain sebagai sarana pelayanan kesehatan adalah tempat berkumpulnya orang sakit maupun sehat, dapat menjadi tempat sumber penularan penyakit sertamemungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan, juga menghasilkan limbah yang dapat menularkan penyakit.

2) Jenis Limbah

Fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan minimalisasi limbah yaitu upaya yang dilakukan untuk mengurangi jumlah limbah yang dihasilkan dengan cara mengurangi bahan (*reduce*), menggunakan kembali limbah (*reuse*) dan daur ulang limbah (*recycle*).

3) Tujuan Pengelolaan Limbah

- a) Melindungi pasien, petugas kesehatan, pengunjung dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan dari penyebaran infeksi dan cedera.
- b) Membuang bahan-bahan berbahaya (sitotoksik, radioaktif, gas, limbah infeksius, limbah kimiawi dan farmasi) dengan aman.

f. Penatalaksanaan Linen

Linen terbagi menjadi linen kotor dan linen terkontaminasi. Linen terkontaminasi adalah linen yang terkena darah atau cairan tubuh lainnya, termasuk juga benda tajam.

g. Perlindungan Kesehatan Petugas

Fasilitas pelayanan kesehatan harus memiliki kebijakan yang mengatur penanganan akibat tusukan jarum atau benda tajam bekas pakai pasien. Kebijakan tersebut mencakup informasi tentang siapa yang harus dihubungi dalam kejadian tersebut serta, pemeriksaan dan konsultasi yang dibutuhkan oleh petugas yang terlibat.

Petugas harus selalu waspada dan hati-hati dalam bekerja untuk mencegah terjadinya trauma saat menangani jarum, scalpel dan alat tajam lain yang dipakai setelah prosedur, saat membersihkan instrumen dan saat membuang jarum. hindari melakukan penutupan kembali (*recap*) jarum yang telah dipakai, memanipulasi dengan tangan, menekuk, mematahkan atau melepas jarum dari spuit. Buang jarum, spuit, pisau, *scalpel*, dan peralatan tajam habis pakai lainnya kedalam wadah khusus yang tahan tusukan/tidak tembus sebelum dimasukkan ke insenerator. Bila wadah khusus terisi $\frac{3}{4}$ harus diganti dengan yang baru untuk menghindari tercecer.

Apabila terjadi kecelakaan kerja berupa luka seperti tertusuk jarum suntik bekas pasien atau terkena percikan bahan diperlukan penanganan yang hati-hati, tepat, dan efektif untuk mencegah kemungkinan terjadinya infeksi yang tidak diinginkan. Sebagian besar insiden paparan okupasional adalah infeksi melalui darah yang terjadi dalam fasilitas pelayanan kesehatan (*fasyankes*). HIV, hepatitis B dan hepatitis C adalah patogen melalui darah yang berpotensi paling berbahaya, dan kemungkinan pajanan terhadap patogen ini merupakan penyebab utama kecemasan bagi petugas kesehatan di seluruh dunia.

h. Kebersihan Pernafasan/ Etika Batuk dan Bersin

Diterapkan untuk semua individu terutama dalam kasus infeksi yang ditularkan melalui udara dan droplet. Fasilitas pelayanan kesehatan perlu menyediakan sarana cuci tangan seperti wastafel dengan air mengalir, tisu, sabun cair, tempat sampah infeksius dan masker bedah. Petugas, pasien dan pengunjung dengan gejala infeksius saluran nafas harus melaksanakan dan mematuhi Langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Menutup hidung dan mulut dengan tisu atau saputangan atau lengan atas.
- 2) Tisu dibuang ke tempat sampah infeksius dan kemudian mencuci tangan.

i. Praktik Menyuntik yang Aman

Gunakan spuit dan jarum suntik steril yang hanya digunakan sekali untuk setiap suntikan yang dilakukan pada penggunaan vial multidose untuk mencegah terjadinya kontaminasi mikroba saat obat digunakan pada pasien lain.

j. Praktik Lumbal Pungsi yang Aman

sebelum melakukan Tindakan lumbal pungsi, anestesi spinal, atau memasang kateter vena sentral, semua petugas diwajibkan untuk menggunakan masker bedah, gaun bersih, sarung tangan steril. Penggunaan masker bedah pada petugas diperlukan untuk mencegah droplet flora ofaring yang dapat menimbulkan meningitis bakterial.

5. Kewaspadaan Transmisi

Kewaspadaan berdasarkan transmisi sebagai tambahan kewaspadaan standar yang dilaksanakan sebelum pasien didiagnosis dan setelah terdiagnosis jenis infeksiunya. Jenis kewaspadaan berdasarkan transmisi sebagai berikut:

- 1) Melalui kontak
- 2) Melalui droplet

- 3) Melalui udara (*Aiborne Precaution*)
- 4) Melalui *common vehicle* (makanan, air, obat, alat, peralatan)
- 5) Melalui vector (lalat, nyamuk, tikus)

Suatu infeksi dapat di transmisikan lebih dari satu cara. Dalam buku pedoman ini, akan dibahas yang berkaitan dengan HAIs yaitu transmisi kontak, droplet, dan airborne.

- 1) Kewaspadaan Transmisi Melalui Kontak

Kewaspadaan ini bertujuan untuk menurunkan resiko timbulnya *Healthcare Assosiation Infections* (HAIs) terutama resiko transmisi mikroba yang secara epidemiologi diakibatkan oleh kontak langsung atau tidak langsung. Kontak langsung meliputi kontak dengan permukaan kulit yang terbuka dengan kulit terinfeksi atau kolonisasi.

- 2) Kewaspadaan Transmisi melalui Droplet

Transmisi Droplet terjadi Ketika partikel droplet berukuran >5 yang dikeluarkan pada saat batuk, bersin, muntah, bicara, selama prosedur suction, bronkoskopi, melayang diudara dan akan jatuh dalam jarak $>2m$ dan mengenai mukosa atau konjungtiva untuk itu dibutuhkan APD atau masker yang memadai.

- 3) Kewaspadaan Transmisi Melalui Udara (*Air-Borne Precaution*)

Transmisi melalui udara secara epidemiologi dapat terjadi bila seseorang menghirup percikan partikel nuclei yang berdiameter 1-5 μm ($<5\mu m$) yang mengandung mikroba penyebab infeksi. Mikroba tersebut akan terbawa aliran udara $>2m$ dari sumber, dapat terhirup oleh individu rentan di ruang yang sama atau yang jauh dari sumber mikroba. Penting mengupayakan peraturan udara $>12x/jam$ (12 *Air Changes Per Hour/ACH*).

C. Keperawatan Perioperatif

1. Pengertian Keperawatan Perioperatif

Istilah perioperatif merujuk pada tiga fase pengalaman pembedahan, yakni: Pra operatif, intra operatif dan pasca operatif. Keperawatan perioperatif mengacu pada beragam fungsi perawatan yang terkait dengan pengalaman pembedahan pasien. Terdapat tiga tahap dalam keperawatan perioperatif yaitu:

1) Tahap Pra-Operatif

Perawatan pra operatif merupakan tahap awal dari keperawatan perioperatif yang dimulai ketika pasien di terima di ruang penerimaan pasien dan berakhir saat pasien dipindahkan ke meja operasi untuk menjalani tindakan pembedahan.

Pada tahap ini aktivitas keperawatan selama waktu tersebut dapat meliputi penetapan pengkajian dasar pasien di lingkungan klinik atau rumah, melakukan wawancara pra operatif dan menyiapkan pasien untuk anestesi yang akan dilakukan saat pembedahan.

2) Tahap Intra-Operatif

Perawatan intra operatif dimulai sejak pasien dipindahkan ke meja operasi dan berakhir ketika pasien dipindahkan ke area pemulihan. Pada tahap ini aktivitas keperawatan meliputi pemasangan IV *cath*, pemberian medikasi intravena, monitoring menyeluruh terhadap kondisi fisiologis pasien selama seluruh prosedur pembedahan dan menjaga keselamatan pasien.

3) Tahap Post-Operatif

Tahap pasca operatif adalah kelanjutan dari perawatan pra operatif dan intra operatif yang dimulai ketika pasien masuk ke ruang pemulihan (*recovery room*)/setelah anestesi dan berakhir sampai evaluasi tindak lanjut pada tatanan klinik atau di rumah.

D. Gaya Kepemimpinan

1. Pengertian Gaya Kepemimpinan

Gaya merujuk pada cara khas seseorang dalam menunjukkan karakteristiknya. Gillies (1996) dalam Suni, A. (2018), gaya diartikan sebagai hak istimewa dari seorang ahli yang menghasilkan hasil akhir tanpa menimbulkan masalah tambahan. Disisi lain, gaya kepemimpinan didefinisikan berdasarkan perilaku pemimpin itu sendiri. Perilaku seseorang dipengaruhi oleh adanya pengalaman bertahun-tahun dalam kehidupannya, sehingga kepribadian seseorang akan memengaruhi gaya kepemimpinan yang digunakan. Setiap individu cenderung memiliki gaya kepemimpinan yang bervariasi. Secara umum, gaya kepemimpinan dapat dibedakan menjadi empat macam sebagai berikut:

a. Gaya Kepemimpinan Otoriter

Gaya kepemimpinan otoriter dapat diartikan sebagai gaya kepemimpinan otoritatif, kepemimpinan langsung yang mengatur segala hal, serta kepemimpinan yang ekstrem "diktator". Pemimpin dalam gaya ini mengambil kendali yang sangat kuat dalam pengambilan keputusan dan aktivitas kelompok (organisasi dengan struktur yang terpusat). Dalam pelaksanaannya, pemimpin dengan gaya kepemimpinan otoriter dapat digambarkan sebagai berikut:

- 1) Pemimpin bersifat mendominasi dengan atau tanpa maksud dan bersifat keras.
- 2) Pemimpin memiliki perhatian yang kuat terhadap pekerjaan, tetapi kurang perhatian pada orang yang menjalankan tugas.
- 3) Pemimpin menggunakan usaha para pekerja untuk memberikan yang terbaik, tanpa memedulikan minat dari suatu pekerjaan.
- 4) Pemimpin mengatur standar dan metode yang kuat dalam menampilkan, serta berharap agar bawahan mematuhi peraturan dan mengikutinya sesuai aturan yang ada.

- 5) Keputusan yang berhubungan dengan pekerjaan dibuat sendiri, tanpa memedulikan permintaan pekerja dan berharap mereka menaati keputusan tersebut.
- 6) kepemimpinan otoriter biasanya menyebabkan hanya ada beberapa kelompok pekerja yang berpartisipasi atau tidak satupun dari pekerja tersebut.
- 7) Pemimpin memiliki pemikiran bahwa apa yang pemimpin rencanakan dan lakukan adalah yang terbaik.
- 8) Pemimpin tidak memiliki rasa percaya terhadap bawahan.
- 9) Pemimpin biasanya memanipulasi bawahan untuk melakukan sesuatu sesuai dengan rencana tujuannya.

Gaya kepemimpinan otoriter juga memiliki beberapa kelebihan sebagai berikut:

- 1) Gaya kepemimpinan otoriter tergolong efisien dalam hal waktu. Dalam hal ini, lebih mudah untuk membuat keputusan oleh satu orang daripada kelompok sehingga tidak menghabiskan banyak waktu.
- 2) Gaya kepemimpinan otoriter baik digunakan ketika hanya ada seorang pemimpin yang berpengalaman dan memiliki informasi penting, ketika bawahan masih tergolong baru.
- 3) Gaya kepemimpinan otoriter juga baik digunakan ketika pekerja tidak yakin dalam mengambil keputusan dan seorang pemimpin mengatakan kepada mereka apa yang harus dilakukan.

Selain kelebihan, gaya kepemimpinan otoriter juga tidak terlepas dari beberapa kekurangan sebagai berikut:

- 1) Gaya kepemimpinan otoriter tidak menumbuhkan semangat terhadap anggota kelompok, kurang meningkatkan kemampuan dan inisiatif anggota, serta tidak menumbuhkan dan meningkatkan kreativitas selama menjadi anggota.

- 2) Kurangnya dukungan dari pemimpin dalam hasil keputusan yang dibuat dengan konsultasi, meskipun orang tersebut mungkin benar.
- 3) Gaya kepemimpinan otoriter menghambat partisipasi kelompok yang hasilnya kurang berkembang. Kurangnya kepuasan bekerja dapat menurunkan komitmen dalam mencapai tujuan suatu organisasi.

b. Gaya Kepemimpinan Demokratis

Gaya kepemimpinan demokratis digambarkan dengan partisipasi dan gaya kepemimpinan konsultan yang meliputi beberapa hal:

- 1) Gaya kepemimpinan demokratis menunjukkan partisipasi dan konsultasi dengan adanya seorang pemimpin yang berorientasi pada orang atau anggota, berfokus pada aspek manusia, membangun kerja kelompok yang efektif, dan menekankan pada kebersamaan.
- 2) Komunikasi sukses dalam sistem terbuka. Dalam hal ini, partisipasi kelompok sangat diperhatikan dalam pekerjaan yang berhubungan dengan keputusan.
- 3) Interaksi antara pemimpin dan kelompok terbina dengan kehangatan dan kepercayaan.
- 4) Dalam gaya kepemimpinan ini, pemimpin tidak mendominasi, melainkan bertindak berdasarkan saran dari anggotanya. Pemimpin juga memotivasi bawahannya untuk mengatur tujuan mereka membuat rencana kerja, dan mengevaluasi hasil kerja mereka.
- 6) Standar penampilan berlanjut untuk membimbing dalam menghasilkan produksi yang tinggi.

Gaya kepemimpinan demokratis juga memiliki beberapa kelebihan sebagai berikut:

- 1) Pemimpin mengizinkan dan menyemangati semua pekerja untuk melatih dalam membuat keputusan praktis.
- 2) Pemimpin mempromosikan dan melibatkan seseorang, menerima saran, serta menghasilkan keputusan yang terbaik untuk bekerja dan kepuasan dalam bekerja.

- 3) Keputusan dibuat oleh kelompok yang lebih efektif. Dalam hal ini, mungkin banyak anggota lebih memiliki informasi daripada pemimpin.

c. Gaya Kepemimpinan *Laissez-Faire*

Gaya kepemimpinan *Laissez-Faire* juga dikenal sebagai *Free-Rein* dapat diartikan sebagai gaya kepemimpinan yang memberikan kebebasan tanpa kendali, sangat memperbolehkan, anarkis, dan sangat liberal. Pemimpin dalam gaya ini memberikan kekuatan kepada seluruh anggota kelompok untuk mengambil keputusan dan bertindak secara mandiri.

Gaya kepemimpinan ini memiliki beberapa keistimewaan sebagai berikut:

- 1) Pemimpin dengan gaya kepemimpinan seperti ini memberikan semangat dan kebebasan dalam kegiatan dengan anggota kelompoknya.
- 2) Orang luar akan tidak mengenali pemimpin dalam sebuah kelompok.
- 3) Pemimpin hanya sedikit atau bahkan tidak memengaruhi anggota kelompok.
- 4) Tidak ada petunjuk terpusat, pengawasan, koordinasi, dan kendali.
- 5) Anggota kelompok bebas mengatur dan menentukan aktivitas mereka sendiri, serta mengizinkan anggota untuk melakukan apa yang menjadi keinginan mereka.

Gaya kepemimpinan *Laissez-Faire* juga memiliki beberapa kelebihan sebagai berikut:

- 1) Dalam situasi yang mendesak, kreativitas dapat menjadi semangat terhadap maksud yang spesifik.
- 2) Mencoba melakukan metode baru.

Gaya kepemimpinan Laissez-Faire juga tidak terlepas dari kekurangan sebagai berikut:

- 1) Lebih mengarah pada ketidakstabilan, tidak ada pengorganisasian, tidak efisien, dan tidak ada persatuan aksi.
- 2) Baik kelompok maupun individu dalam kelompok akan merasa bertanggung jawab terhadap masalah yang mungkin dapat muncul. Anggota individu akan kehilangan minat, inisiatif, dan keinginan dalam pencapaian.

d. Gaya Kepemimpinan Birokrasi

Gaya kepemimpinan ini berorientasi pada kebijakan dan prosedur yang ditetapkan sebelumnya. Peran pemimpin adalah memastikan bahwa semua anggota mengikuti aturan dan peraturan yang telah ditetapkan, tanpa fleksibilitas untuk mengambil resiko diluar batas-batas tersebut. Gaya kepemimpinan ini kurang memperhatikan kreativitas dalam pemecahan masalah. Oleh karena itu, gaya kepemimpinan ini lebih efektif dalam organisasi di mana tugas-tugas yang dilakukan oleh anggota bersifat rutin.

Berdasarkan pemaparan tentang gaya kepemimpinan tersebut, sebenarnya gaya kepemimpinan dapat dipilih sesuai dengan organisasi atau kelompok itu sendiri. Beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam memilih gaya kepemimpinan yang efektif diuraikan sebagai berikut:

- 1) Tidak selalu satu fungsi sesuai dengan gaya kepemimpinan tertentu.
- 2) Tidak selalu hanya satu gaya kepemimpinan yang sesuai dengan semua situasi.
- 3) Kombinasi gaya kepemimpinan dapat lebih sesuai. Contohnya, gabungan antara otoriter dan demokratis atau antara demokratis dengan Laissez-Faire.

E.Konsep Supervisi

1. Definisi Supervisi

Supervisi merupakan sebuah aktivitas yang bertujuan untuk memfasilitasi refleksi yang lebih mendalam terhadap praktek yang telah dilakukan. Melalui refleksi ini, staf memiliki kesempatan untuk mencapai, mempertahankan, dan meningkatkan kualitas pemberian asuhan keperawatan melalui sarana pendukung yang ada (Nipa, 2019).

2. Bentuk Supervisi

Kegiatan supervisor dalam supervisi model klinik akademik (Mua, 2011), meliputi:

- 1) Kegiatan *educative* kegiatan *educative* adalah kegiatan pembelajaran secara tutorial antara supervisor dengan perawat pelaksana.
- 2) Kegiatan *supportive* adalah kegiatan yang dirancang untuk memberikan dukungan kepada perawat agar dapat memiliki sikap yang saling mendukung di antara perawat sebagai rekan kerja profesional sehingga memberikan jaminan kenyamanan dan validasi.
- 3) Kegiatan *managerial*
- 4) Kegiatan *managerial* dilakukan dengan melibatkan perawat dalam perbaikan dan peningkatan standard. Kegiatan *managerial* dirancang untuk memberikan kesempatan kepada perawat pelaksana untuk meningkatkan manajemen perawatan pasien dalam kaitannya dengan menjaga standar pelayanan, peningkatan *patient safety*, dan peningkatan mutu.

3. Fungsi Supervisi Dan Peran Supervisor

Rowe, dkk (2007) menyebutkan empat fungsi supervisi, keempat fungsi tersebut saling berhubungan, apabila ada salah satu fungsi yang tidak dilakukan dengan baik akan berpengaruh fungsi yang lain, tersebut yaitu:

1)Manajemen (Pengelolaan)

Fungsi ini bertujuan memastikan bahwa pekerjaan staf yang supervisi dapat dipertanggung jawabkan sesuai dengan standar yang ada, akuntabilitas untuk melakkan pekerjaan yang ada dan meningkatkan

kualitas layanan.

2) Pembelajaran dan Pengembangan

Fungsi ini membantu staf merefleksikan kinerja mereka sendiri, mengidentifikasi proses pembelajaran, kebutuhan pengembangan, dan mengembangkan rencana atau mengidentifikasi peluang untuk memenuhi peluang tersebut.

3) Memberi dukungan

Fungsi memberi dukungan dapat membantu staf yang disupervisi untuk meningkatkan peran staf dari waktu ke waktu.

4) Negosiasi (memberikan kesempatan)

Fungsi ini dapat meningkatkan hubungan antara staf yang disupervisi, tim, organisasi dan lembaga lain dengan siapa mereka bekerja.

4. Manfaat Supervisi

(Pitman, 2011) dalam (Nipa, 2019) manfaat supervisi terdiri atas manfaat bagi perawat pelaksana:

- 1) Timbul perasaan dihargai dan dapat meningkatkan rasa percaya diri.
- 2) Supervisi mendorong praktek keperawatan yang aman dan mencerminkan pelayanan perawatan pada pasien, hal ini dapat meningkatkan kepuasan kerja perawat.
- 3) Meningkatkan pengembangan pribadi dan profesional, supervisi yang dilakukan secara keseluruhan dan terus menerus dapat meningkatkan profesionalisme dan pengembangan pribadi serta komitmen untuk belajar secara terus menerus.
- 4) Perasaan diberdayakan dan difasilitasi untuk bertanggung jawab atas pekerjaan mereka dan keputusan–keputusan yang diambil. (Pitman, 2011) (Nipa, 2019).

5. Manfaat Bagi Manajer

Tantangan bagi manajer untuk memfasilitasi staf dalam mengembangkan diri dan meningkatkan profesionalisme, sehingga kualitas pelayanan yang bermutu dapat tercapai.

6. Meningkatkan Kualitas dan Keamanan Pasien

Tujuan yang paling penting dari supervisi adalah meningkatkan kualitas dari pelayanan dan keamanan pasien. Supervisi memegang peranan utama dalam mendukung pelayanan yang bermutu melalui jaminan kualitas, manajemen resiko, dan manajemen kinerja. Supervisi juga telah terbukti memiliki dampak positif pada perawatan pasien dan sebaliknya kurangnya supervisi memberi dampak yang kurang baik bagi pasien. Supervisi dalam praktek profesi kesehatan telah diidentifikasi sebagai faktor penting dalam meningkatkan keselamatan pasien, supervisi yang tidak memadai dijadikan sebagai pemicu kegagalan dan kesalahan yang terjadi dalam layanan kesehatan.

7. Pembelajaran

Supervisi memiliki manfaat memberikan efek pada pembelajaran melalui kegiatan sebagai berikut:

- 1) Mendidik perawat pelaksana melalui bimbingan yang diberikan oleh supervisor.
- 2) Mengidentifikasi masalah yang terjadi ketika memberikan asuhan keperawatan pada pasien.
- 3) Meningkatkan motivasi perawat pelaksana dalam bekerja
- 4) Memantau kemajuan pembelajaran (Nipa, 2019).

8. Unsur Pokok Supervisi

Menurut Suarli dan Bahtiar (2013) unsur pokok dalam supervisi yaitu:

- 1) Pelaksana, yang bertanggung jawab melaksanakan supervisi adalah supervisor yang memiliki kelebihan dalam organisasi. Namun untuk keberhasilan supervisi yang lebih diutamakan adalah kelebihan dalam hal pengetahuan dan keterampilan.
- 2) Sasaran objek dari supervisi adalah pekerjaan yang dilakukan oleh bawahan, serta bawahan yang melakukan pekerjaan.

- 3) Frekuensi yang dilakukan supervisi harus dilakukan dengan frekuensi berkala.
- 4) Tujuan dari supervisi adalah memberikan bantuan kepada bawahan secara langsung sehingga dengan bantuan tersebut bawahan akan memiliki bekal yang cukup untuk dapat melaksanakan tugas dengan hasil yang baik.
- 5) Teknik pokok supervisi pada dasarnya mencakup empat hal yaitu menetapkan masalah dan prioritasnya; menetapkan penyebab masalah, prioritas dan jalan keluarnya; melaksanakan jalan keluar; menilai hasil yang dicapai untuk tindak lanjut.

9. Teknik Supervisi

Menurut (Nursalam,2015) dalam (Nipa, 2019) kegiatan pokok pada supervisi pada dasarnya mencakup empat hal yang bersifat pokok, yaitu: menetapkan masalah dan prioritas; menetapkan penyebab masalah, prioritas, dan jalan keluar; melaksanakan jalan keluar; menilai hasil yang dicapai untuk tindak lanjut berikutnya. Untuk dapat melaksanakan supervisi yang baik ada dua teknik:

1) Langsung

Menurut (Nursalam, 2015) pengamatan yang langsung dilaksanakan supervisi dan harus memperhatikan hal berikut:

a) Sasaran Pengamatan

Pengamatan langsung yang tidak jelas sasarannya dapat menimbulkan kebingungan.

b) Objektivitas Pengamatan

Pengamatan langsung yang tidak berstandarisasi dapat mengganggu objektivitas. Untuk mencegah keadaan seperti ini maka diperlukan suatu daftar isian atau *check list* yang telah dipersiapkan.

c) Pendekatan pengamatan

Pengamatan langsung sering menimbulkan berbagai dampak kesan negatif, misal rasa takut, tidak senang, atau kesan mengganggu pekerjaan.

2) Tidak langsung

Teknik supervisi yang dilakukan melalui laporan baik tertulis maupun lisan sehingga supervisor tidak melihat langsung apa yang terjadi di lapangan (Suarli dan Bahtiar, 2013).

10. Waktu Supervisi

Tugas-tugas rutin yang harus dilakukan oleh supervisor setiap harinya (Bittel, 1987) dalam (Nipa, 2019) adalah sebagai berikut:

- 1) Sebelum Pertukaran Shift (15-30 menit)
 - a) Mengecek kecukupan fasilitas/peralatan/sarana untuk hari itu.
 - b) Mengecek jadwal kerja
- 2) Pada Waktu Mulai Shift (15-30 menit)
 - a) Mengecek personil yang ada.
 - b) Menganalisa keseimbangan personil dan pekerjaan.
 - c) Mengatur pekerjaan.
 - d) Mengidentifikasi kendala yang muncul.
 - e) Mencari jalan supaya pekerjaan dapat diselesaikan.

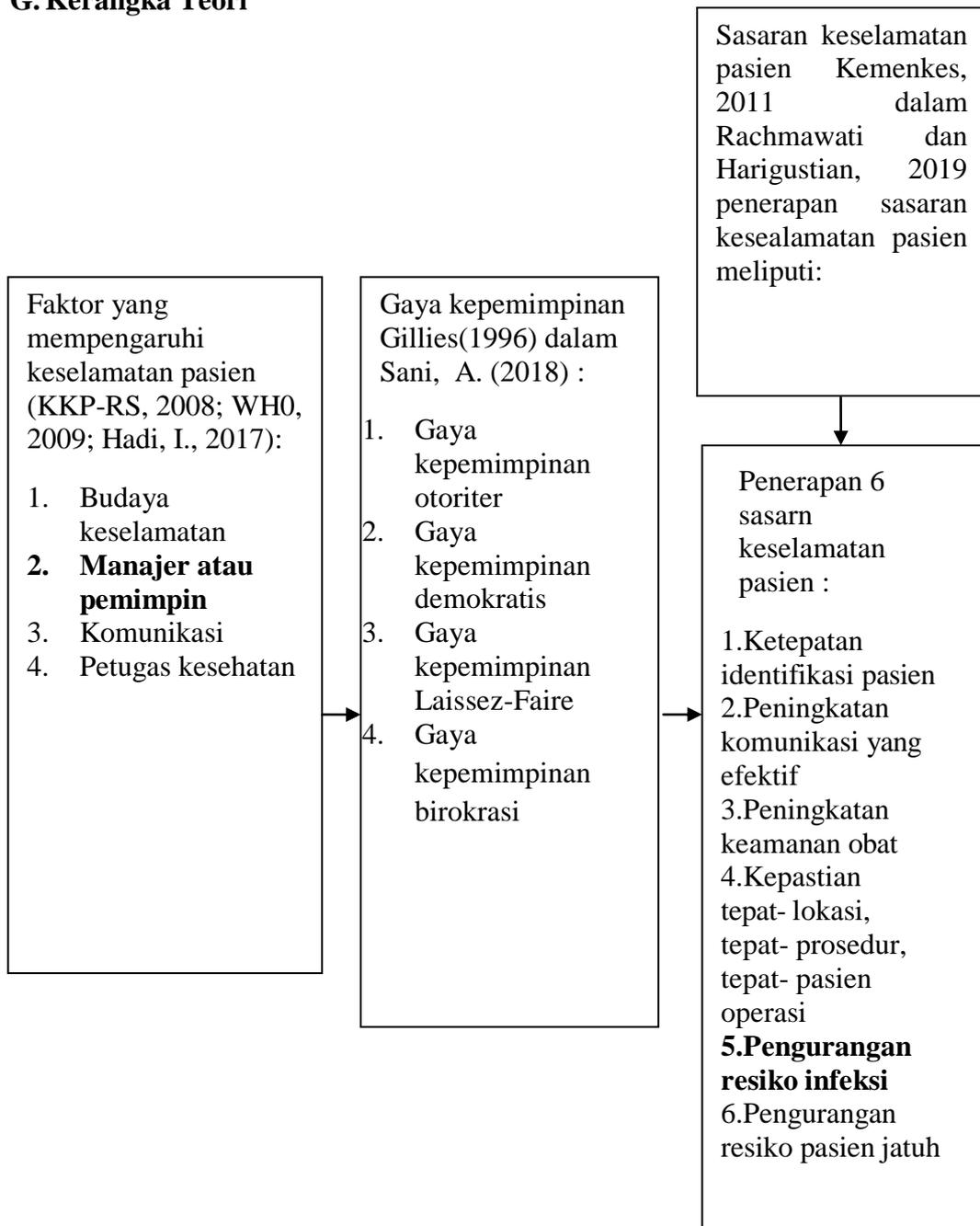
F. Penelitian Terkait

Nama Peneliti	Judul Penelitian	Metode	Hasil penelitian
Mulyatini, Ningsih & Sasyari, (2021).	Gaya kepemimpinan yang efektif dalam meningkatkan keselamatan pasien	Metode penelitian ini menggunakan survei <i>cross sectional</i> secara random.	Hasil penelitian ini didapatkan gaya kepemimpinan transformasional berkontribusi positif untuk iklim keselamatan. Sedangkan gaya kepemimpinan <i>laissez-faire</i> terbukti berkontribusi negatif pada sosialisasi unit dan budaya keselamatan pasien.
Dhinamita, Hartini, & Santoso (2018)	Pengaruh Motivasi Perawat Dan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruang Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana Pada Rumah Sakit Pemerintah Di Rumah Sakit Semarang.	Jenis penelitian kuantitatif non eksperimental dengan pendekatan <i>cross sectional</i> pada 105 responden menggunakan kuesioner.	Hasil penelitian adalah ada pengaruh motivasi perawat terhadap penerapan budaya keselamatan pasien sebesar 10,3%, ada pengaruh gaya kepemimpinan kepala ruang terhadap penerapan budaya keselamatan pasien sebesar 36,8%. Ada pengaruh secara bersama-sama antara motivasi perawat dan gaya kepemimpinan kepala ruang terhadap penerapan budaya keselamatan pasien sebesar 39,2%. Terdapat pengaruh antara motivasi perawat dan gaya kepemimpinan kepala ruang terhadap penerapan budaya keselamatan pasien oleh perawat pelaksana di RS Pemerintah di Semarang
(Kesehatan & Mbaloto, 2018)	Strategic Leadership Kepala Ruangan Dalam Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Oleh Perawat Pelaksana di RSUD Undata Palu	Penelitian ini menggunakan jenis penelitian non eksperimental, dengan pendekatan kuantitatif,	Penelitian ini menyimpulkan <i>strategic leadership</i> kepala ruangan sebagian besar baik sehingga penerapan budaya keselamatan pasien positif. Perlunya kepemimpinan strategik, motivasi yang tinggi, dan beban kerja yang

		deskriptif korelasi dan desain <i>cross sectional</i> .	sesuai untuk dapat menerapkan budaya keselamatan pasien agar sapat tercapai dengan baik.
(Rohayani, 2018)	Hubungan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruang Dengan Kepatuhan Kebersihan Cuci Tangan Berdasarkan Persepsi Perawat Pelaksana	Penelitian ini menggunakan metode penelitian survei deskriptif dengan jenis penelitian <i>cross sectional</i> .	Penelitian ini menyimpulkan dari hasil presentase perawat pelaksana 34 orang (64.2%) mempersepsikan gaya kepemimpinan kepala ruangan termasuk tipe otoriter/otokratis.

Tabel 2.1 Penelitian Terkait

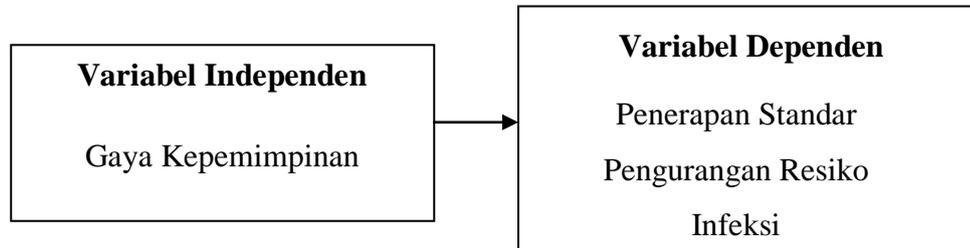
G. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

H. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep yang lainnya atau antara variabel yang satu dengan yang lain dari masalah yang ingin diteliti (Notoatmodjo, 2018). Berdasarkan konsep diatas, maka penulis membuat kerangka konsep sebagai berikut:



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

I. Hipotesis Penelitian

Hipotesis merupakan suatu jawaban sementara penelitian, patokan dugaan atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut. (Notoatmodjo, 2018)

1. Hipotesis Nol (Ho)

Tidak ada hubungan gaya kepemimpinan kepala ruang dengan penerapan standar resiko infeksi oleh perawat di ruang rawat inap bedah RSUD Dr. H. Abdul Moeloek 2023

2. Hipotesis Alternatif (Ha)

Ada hubungan gaya kepemimpinan kepala ruang dengan penerapan standar resiko infeksi oleh perawat di ruang rawat inap bedah RSUD Dr. H. Abdul Moeloek 2023