

BAB II

TINJAUAN PUSAKA

A. Deskripsi Konseptual

1. Konsep infeksi nosokomial

a. Definisi Infeksi nosokomial

Infeksi nosokomial menurut KBBI adalah infeksi yang terjadi ketika penderita dirawat di rumah sakit. WHO mendefinisikan Infeksi nosokomial atau *Health-care Associated Infection (HAls)* adalah infeksi yang didapat pasien saat perawatan atau kondisi pembedahan dan efek samping yang paling sering terjadi selama dirawat (Astri, 2017 dalam Rahayu, 2022) Infeksi nosokomial atau *health-care associated infections (HAls)* juga dapat diartikan infeksi yang terjadi di rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan setelah dirawat 2 x 24 jam dimana sebelum dirawat pasien tidak memiliki gejala tersebut dan sudah mempengaruhi kesehatan ratusan juta pasien di seluruh dunia setiap tahun (Purwaningsih, 2019 dalam Rahayu, 2022)

Menurut kementerian (2017) Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (*Health Care Associated Infections*) yang selanjutnya disingkat *HAls* adalah infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya dimana ketika masuk tidak ada infeksi dan tidak dalam masa inkubasi, termasuk infeksi dalam rumah sakit tapi muncul setelah pasien pulang, juga infeksi karena pekerjaan pada petugas rumah sakit dan tenaga kesehatan terkait proses pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan Kesehatan (Rahayu, 2022)

b. Faktor yang mempengaruhi infeksi nosokomial

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi nosokomial (Darmadi, 2008 dalam Rahayu, 2022).

1) Faktor dari dalam (*instrinsik factors*)

a) Dari penderita

- b) Umur, jenis kelamin, kondisi umum penderita, risiko terapi, atau adanya penyakit lain yang menyertai penyakit dasar (*multipatologi*) beserta komplikasinya.
 - c) Keperawatan
 - d) Lamanya hari perawatan (*length of stay*), menurunkan standar pelayanan perawat, serta padatnya penderita dalam suatu ruangan.
 - e) Patogen
- 2) Faktor dari luar (*extrinsic factors*)
- a) Petugas pelayanan medis
 - b) Perawat, dokter, bidan, tenaga laboratorium.
 - c) Peralatan dan material medis
 - d) Instrumen, respirator, jarum, kateter, kain/doek, kassa.
 - e) Lingkungan
 - Lingkungan eksternal adalah halaman Rumah sakit dan tempat pembuangan sampah/pengolahan limbah.
 - f) Minuman/makanan.
 - Hidangan yang disajikan setiap saat pada penderita.
 - g) Penderita lain
 - h) Keberadaan penderita lain dalam satu kamar/ruangan/bangsal perawatan dapat merupakan sumber penularan.
 - i) Pengunjung/keluarga
 - Keberadaan tamu/keluarga dapat merupakan sumber penularan. Tingkat kemampuan invasi serta tingkat kemampuan merusak jaringan, lamanya pemaparan (*length of exposure*) antara sumber penularan (*reservoir*) dengan penderita.
- c. Penyebaran infeksi
- 1) Rantai Penularan Infeksi
- Rantai Infeksi (*chain of infection*) merupakan rangkaian yang harus ada untuk menimbulkan/menyebarkan infeksi. Menurut kemenkes (2017) Kejadian infeksi di fasilitas pelayanan kesehatan dapat

disebabkan oleh 6 komponen rantai penularan, apabila satu mata rantai diputus atau dihilangkan, maka penularan infeksi dapat dicegah atau dihentikan. Enam komponen cantai penularan infeksi, yaitu: (Rahayu, 2022)

a) Agen infeksi (*infectious agent*)

Adalah mikroorganisme penyebab infeksi. Pada manusia, agen infeksi dapat berupa halderi, virus, jamar dan parasit. Ada tiga faktor pada agm penyebab yang mempengaruhi terjadinya infeksi yaitu patogenitas, virulenti dan jumlah (dosis, atau "Tom").

b) *Reservoir* atau wadah tempat/sumber

Agen infeksi dapat hidup, tumbuh, berkembang-biak dan siap ditularkan kepada pejama atau manusia. Berdasarkan penelitian, reservoir terbanyak adalah pada manusia, alat medis, binatang, tumbuh-tumbuhan, tanah, air, lingkungan dan hahan-bahan organik lainnya. Dapat juga ditemui pada orang sehat, permukaan kalit, selaput lendir mulut, saluran napas atas, asus dan vagina juga merupakan reservoir.

c) *Portal of exit* (pintu keluar)

Adalah lokasi tempat agen infeksi (mikroorganisme) meninggalkan *reservoir* melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih serta transplasent.

d) Metode Transmisi/Cara Penularan

Adalah metode transport mikroorganisme dari wadah/reservoir ke pejamu yang rentan. Ada beberapa metode penularan yaitu : Kontak langsung dan tidak langsung, Droplet, Airborne, Melalui vehikulum (makanan, air/minuman, darah) dan Melalui vektor (biasanya serangga dan binatang penggerat).

e) *Portal of entry* (pintu masuk)

Adalah lokasi agen infeksi memasuki pejamu yang rentan dapat melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih dan kelamin atau melalui kulit yang tidak utuh.

f) *Susceptible host* (Pejamu rentan)

Adalah seseorang dengan kekebalan tubuh menurun sehingga tidak mampu mam melawan agen infeksi. Faktor yang dapat mempengaruhi kekebalan adalah umur, status gizi, status imunisasi, penyakit kronis, luka bakar yang luas, trauma, pasca pembedahan dan pengobatan dengan imunosupresan.

2) Mekanisme penyebaran/Transmisi

Mekanisme penyebaran atau penularan infeksi yaitu penyebaran mikroorganisme penyebab infeksi nasokomial melalui 5 cara antara lain: kontak baik langsung maupun tidak langsung, udara, droplet, vehicles (zat pembawa) dan vector. (Melnick & Adelberg's, 2010; Tjita, 2022) *Transmission-based precautions* untuk pasien yang terdiagnosa atau dicurigai infeksi yang dapat ditularkan melalui udara, cairan atau kontak atau terinfeksi atau terkolonisasi dengan organisme epidemis. (Amelia, 2011; Tjita, 2022) secara terperinci dapat dijelaskan sebagai berikut:

a) *Contact Precautions*

Kewaspadaan ini diindikasikan untuk pasien yang terinfeksi atau terkolonisasi oleh patogen enterik (hepatitis A atau echovirus), herpes simpleks, dan virus - virus demam berdarah (*Hemorrhagic Fever Viruses*). Begitu pula cacar air dapat menyebar melalui udara dan kontak pada tahap - tahap yang berbeda.

(1) Transmisi Langsung (*Direct Transmission*)

Kontak langsung bila terjadi hubungan langsung melalui permukaan tubuh antara 2 orang pasien, dimana yang satu sebagai sumber infeksi nasokomial sedangkan yang satu

lagi pasien yang gampang dimasuki oleh mikroorganisme nasokomial akibat rendahnya daya tahan tubuh. Atau kontak antara tenaga medis dengan pasien, misalnya pada saat tenaga medis memandikan pasien.

(2) Transmisi tidak langsung (*indirect transmision*)

Paling sering terjadi dimana transfer mikroorganisme melalui insrumen atau alat. Biasanya mengenai pasien yang rentan dimasuki mikroorganisme melalui instrument-instrumen rumah sakit yang kurang steril, seperti jarum suntik, sarung tangan, cairan infus termasuk selang dan jarumnya. Pencegahan oleh tenaga medis dapat dilakukan dengan menggunakan dispossable syringe (jarum suntik yang hanya dipakai untuk satu pasien), sarung tangan dan alat-alat infus yang baru untuk satu pasien.

b) Melalui udara (*Airbone Transmission*)

Terjadi pada pasien yang tinggal satu ruangan dengan pasien sumber infeksi. dimana mikroorganisme nasokomial dapat berada di udara selama beberapa jam dan tersebar luas kemudian dihirup oleh pasien yang rentan terhadap infeksi (ukuran partikel biasanya $\leq 5 \mu\text{m}$ atau lebih kecil). Mikroorganisme yang dapat menyebar sepenuhnya maupun sebagian melalui udara antara lain tuberkulosis, virus varicella, dan virus rubela.

c) Droplet

Mikroorganisme yang berukuran $> 5 \mu\text{m}$, penyebaran melalui batuk, bersin atau bicara dengan sumber infeksi, jarak sebar pendek dan mikroorganisme tidak bertahan lama di udara, "deposit" biasanya di mukosa konjungtiva, hidung dan mulut. Contoh, penyakit dengan penyebaran melalui droplet adalah *difteri*, *pertusis*, *mycoplasma*, *tuberculosis*, *HiB*, *virus influenza*, *respiratory syncytial virus*, *mumps*, *rubella* dan COVID-19. Droplet precaution adalah kewaspadaan untuk mengurangi risiko

terjadinya penyebaran nosokomial dari patogen yang sepenuhnya maupun sebagian.

d) *Vehicles*

Dalam kategori ini, yang menjadi media perantara penularan adalah barang/bahan yang terkontaminasi seperti peralatan makan dan minum, instrumen bedah / kebidanan, peralatan laboratorium, peralatan infus / transfusi.

e) *Vektor*

Sebagai media perantara penularan adalah vektor (serangga), yang memindahkan mikroba patogen ke pejamu

d. Macam-macam jenis *HAis*

Jenis *HAis* yang paling sering terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan, terutama rumah sakit mencakup (Darmadi, 2018) :

- 1) *Ventilator associated pneumonia* (VAP), yaitu pneumonia yang terjadi lebih dari 48 jam setelah pemasangan intubasi endotrakeal akibat dan mikroorganisme yang masuk saluran pernapasan bagian bawah melalui aspirasi sekret orofaring yang berasal dari bakteri endemik di saluran pencernaan atau patogen eksogen yang diperoleh dan peralatan yang terkontaminasi atau petugas kesehatan.
- 2) Infeksi Aliran Darah (IAD), yaitu infeksi serius dimana bakteri atau jamur yang berada di saluran darah yaitu bakteri atau jamur yang boleh diisolasi dengan melakukan kultur darah ataupun *blood culture*. Orang awam dapat menggunakan istilah keracunan darah untuk menunjukkan adanya infeksi aliran darah.
- 3) Infeksi Saluran Kemih (ISK), yaitu kondisi ketika organ yang termasuk dalam sistem kemih seperti ginjal, ureter, kandung kemih, dan uretra mengalami infeksi. Umumnya, ISK terjadi pada kandung kemih dan uretra.

- 4) Infeksi Daerah Operasi (IDO), yaitu infeksi yang terjadi pada luka yang ditimbulkan oleh prosedure pembedahan invasif secara umum dikenal dengan infeksi daerah operasi atau *Surgical Site Infection* (SSI). Kontaminasi bakteri merupakan pemicu terjadinya infeksi daerah operasi. Bakteri memasuki tubuh melalui luka sayatan pada daerah operasi. Pertumbuhan bakteri pada luka operasi tergantung pada mekanisme pertahanan tuan rumah dan kemampuan bakteri untuk melawan sistem pertahanan tuhuh atau yang disebut virulensi bakteri.
- e. Tanda-tanda Infeksi Daerah Operasi
Menurut (Morison, 2003) terkait tingkatan tanda-tanda infeksi pada fase inflamasi meliputi :
 - 1) Edema (bengkak)
Edema (bengkak) merupakan pembengkakan yang terjadi dikarenakan penumpukan cairan pada ekstremitas maupun pada organ dalam tubuh. Edema dikatakan ringan apabila tidak ada edema atau ada edema tetapi tidak terlalu tampak, dikatakan edema sedang apabila tampak ada edema tetapi tidak disertai kemerahan kemudian dikatakan edema berat apabila tampak sekali ada edema yang menonjol dan disertai kemerahan.
 - 2) Kemerahan (eritema)
Eritema merupakan kemerahan pada kulit yang disebabkan pelebaran pembuluh kapiler yang reversible. Eritema dinilai minimal jika tidak ada eritema atau ada eritema tetapi tidak terlalu tampak.
 - 3) Eksudat/pus
Eksudat merupakan sesuatu yang keluar dari luka, cairan luka, drainase luka dan kelebihan cairan normal tubuh. Eksudat yang dikatakan minimal yaitu tidak ada eksudat atau ada eksudat tetapi

tidak purulen, dan jumlahnya tidak lebih dari seperempat kassa balutan.

4) Bau

Bau dinilai ringan apabila tidak ada bau, bau dinilai sedang apabila terdapat bau yang tidak menusuk saat balutan dibuka sedangkan bau dinilai berat jika terdapat bau yang menusuk, baik saat balutan belum dibuka maupun setelah dibuka.

5) Intensitas nyeri

Intensitas nyeri dinilai ringan jika tidak ada nyeri atau hanya pada saat penggantian balutan, dinilai sedang apabila nyeri yang dirasa kadang-kadang muncul dan dinilai berat apabila rasa nyeri selalu dirasakan pasien.

6) Kenaikan suhu tubuh (demam)

Kenaikan suhu tubuh merupakan salah satu tanda terjadinya infeksi. Kenaikan suhu pada tubuh dikatakan demam apabila suhu tubuh $>37,5^{\circ}\text{C}$

2. Konsep Komunikasi Terapeutik

a. Definisi Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi yang direncanakan secara sadar dengan tujuan kesembuhan pasien. Komunikasi diartikan sebagai proses berbicara, berinteraksi dengan verbal maupun nonverbal baik dengan diri sendiri maupun dengan sekelompok orang sesuai konteks pembahasan dan suasana yang berlangsung pada saat seseorang berkomunikasi (Alfanuhazi, 2015).

b. Tujuan Komunikasi Terapeutik

Tujuan komunikasi menurut (Anjaswarni, 2016) yaitu :

- 1) Membantu mengatasi masalah klien untuk mengurangi beban perasaan dan pikiran.
- 2) Membantu mengambil tindakan yang efektif untuk klien/pasien.
- 3) Memperbaiki pengalaman emosional klien.
- 4) Mencapai tingkat kesembuhan yang diharapkan.

c. Prinsip-Prinsip Komunikasi Terapeutik

Prinsip-prinsip komunikasi terapeutik:

- 1) Hubungan perawat dan pasien adalah hubungan terapeutik yang saling menguntungkan.
- 2) Perawat harus menghargai keunikan pasien, menghargai perbedaan karakter, memahami perasaan, dan perilaku pasien.
- 3) Semua komunikasi yang dilakukan harus dapat menjaga harga diri baik pemberi maupun penerima pesan, dalam hal ini perawat harus mampu menjaga harga dirinya dan harga diri pasien
- 4) Komunikasi yang menciptakan tumbuhnya hubungan saling percaya harus dicapai terlebih dahulu sebelum menggali permasalahan dan memberikan alternatif pemecahan masalah
- 5) Perawat harus mampu bersikap menerima, percaya dan saling menghargai
- 6) Perawat bisa memahami dan menghayati nilai yang dianut pasien
- 7) Perawat menyadari pentingnya kebutuhan pasien

d. Manfaat Komunikasi Terapeutik

Manfaat komunikasi menurut (Anjaswarni, 2016) yaitu :

- 1) Merupakan sarana terbina hubungan yang baik antara pasien dan tenaga kesehatan.
- 2) Mengetahui perubahan perilaku yang terjadi pada individu atau pasien.
- 3) Mengetahui keberhasilan tindakan kesehatan yang telah dilakukan.
- 4) Sebagai tolak ukur kepuasan pasien.
- 5) Sebagai tolak ukur komplain tindakan dan rehabilitasi.

e. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi

Menurut (Anjaswarni, 2016), Berhasilnya pencapaian tujuan dari suatu komunikasi sangat tergantung dari faktor-faktor mempengaruhi sebagai berikut:

- 1) Spesifikasi tujuan Komunikasi. Komunikasi akan berhasil jika tujuan telah direncanakan dengan jelas. Misalnya, tujuan

komunikasi adalah mengubah perilaku klien, maka komunikasi diarahkan untuk mengubah perilaku dari yang malaadaptif ke adaptif.

- 2) Lingkungan nyaman Maksud lingkungan nyaman adalah lingkungan yang kondusif untuk terjalinnya hubungan dan komunikasi antara pihak-pihak yang terlibat.
- 3) Privasi (terpeliharanya privasi kedua belah pihak) Kemampuan komunikator dan komunikatan untuk menyimpan privasi masing-masing lawan bicara serta dapat menumbuhkan hubungan saling percaya yang menjadi kunci efektivitas komunikasi.
- 4) Percaya diri Kepercayaan diri masing-masing komunikator dan komunikatan dalam komunikasi dapat menstimulasi keberanian untuk menyampaikan pendapat sehingga komunikasi efektif.
- 5) Berfokus kepada klien Komunikasi terapeutik dapat mencapai tujuan jika komunikasi diarahkan dan berfokus pada apa yang dibutuhkan klien. Segala upaya yang dilakukan perawat adalah memenuhi kebutuhan klien.

f. Fase-Fase Hubungan dalam Komunikasi Terapeutik

Menurut (Afnuhazi, 2015), komunikasi terapeutik mempunyai tujuan dan berfungsi sebagai terapi bagi pasien, karena itu pelaksanaan komunikasi terapeutik harus direncanakan dan terstruktur dengan baik. Komunikasi terapeutik terdiri dari 4 tahapan sebagai berikut :

1) Fase pra interaksi

Tahap ini adalah masa persiapan sebelum memulai berhubungan dengan pasien. Tugas perawat pada fase ini sebagai berikut :

- a) Mengexplorasi perasaan, harapan dan kecemasannya.
- b) Menganalisa kekuatan dan kelemahan diri dengan analisa diri ia akan terlatih untuk memaksimalkan dirinya agar bernilai terapeutik bagi pasien.
- c) Mengumpulkan data tentang pasien, sebagai dasar dalam membuat rencana interaksi.

- d) Membuat rencana pertemuan secara tertulis, yang akan diimplementasikan saat bertemu dengan pasien.

2) Fase orientasi

Fase ini dimulai pada saat bertemu pertama dengan pasien. Saat pertama kali bertemu dengan pasien fase ini digunakan perawat untuk berkenalan dengan pasien dan merupakan langkah awal dalam membina hubungan saling percaya. Tugas utama perawat pada tahap ini adalah memberikan situasi lingkungan yang peka dan menunjukkan penerimaan, serta membantu pasien dalam mengekspresikan perasaan dan pikirannya. Tugas-tugas perawat pada tahap ini sebagai berikut :

- a) Membina hubungan saling percaya, menunjukkan sikap penerimaan dan komunikasi terbuka. Untuk membina hubungan saling percaya perawat harus bersikap terbuka, jujur, iklas, menerima pasien apa adanya, menepati janji dan menghargai.
- b) Merumuskan kontrak bersama pasien, waktu yang harus disetujui bersama dengan pasien yaitu tempat, waktu dan topik pertemuan.
- c) Mengenali perasaan dan pikiran serta mengidentifikasi masalah pasien.
- d) Merumuskan tujuan dengan pasien

3) Fase kerja

Tahap ini merupakan inti dari keseluruhan proses komunikasi terapeutik, tahap ini perawat bersama pasien mengatasi masalah yang dihadapi pasien. Tahap ini berkaitan dengan pelaksanaan rencana asuhan yang telah ditetapkan. Teknik komunikasi terapeutik yang sering digunakan perawat antara lain mengeksplorasi, mendengarkan dengan aktif, refleksi, berbagai persepsi, memfokuskan dan menyampaikan.

4) Fase terminasi

Fase ini merupakan fase yang sulit dan penting, karena hubungan saling percaya sudah terlena dan berada pada tingkat optimal. Bisa terjadi terminasi pada saat perawat mengakhiri tugas pada unit tertentu atau saat pasien akan pulang. Perawat dan pasien akan meninjau kembali proses keperawatan yang telah dilalui dan pencapaian tujuan.

3. Konsep Sasaran Keselamatan Pasien

a. Definisi Sasaran Keselamatan Pasien

Menurut Kemenkes RI (2015), keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem yang memastikan asuhan pada pasien jauh lebih aman. Sistem tersebut meliputi pengkajian risiko, identifikasi insiden, pengelolaan insiden, pelaporan atau analisis insiden, serta implementasi dan tindak lanjut suatu insiden untuk meminimalkan terjadinya risiko (Rahayu, 2022).

Keselamatan dan kesehatan kerja merupakan suatu sistem yang berhubungan dengan pencegahan cedera dan penyakit. Potensi dampak terhadap masyarakat sekitar dan lingkungan. Untuk memastikan keberhasilan penerapan strategi keselamatan pasien; kebijakan yang jelas, kapasitas kepemimpinan, data untuk mendorong peningkatan keselamatan, profesional perawatan kesehatan yang terampil dan keterlibatan pasien yang efektif dalam perawatan mereka, semuanya diperlukan (Mashfufa, 2021).

b. Indikator Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) bertujuan untuk melakukan perbaikan pelayanan Kesehatan dengan berfokus pada solusi atas masalah keselamatan pasien di pelayanan kesehatan. Berdasarkan (Kemenkes RI., 2017 dalam Mashfufa, 2021) semua penyedia pelayanan kesehatan di Indonesia wajib memberlakukan enam sasaran keselamatan pasien yang terdiri dari :

1) SKP 1 Mengidentifikasi Pasien dengan Benar

Identifikasi pasien merupakan proses mencocokkan data pasien secara tepat sebagai langkah awal sebelum pasien mendapatkan intervensi diseluruh rangkaian perawatan. Tujuan penerapan sasaran ini agar sebelum menjalani pengobatan pasien dapat diidentifikasi serta memastikan pasien menerima pengobatan semestinya (Mashfufa, 2021).

2) SKP 2 Peningkatan Komunikasi yang Efektif

Komunikasi yang sering dilakukan adalah komunikasi lisan, tertulis dan elektronik. Kesalahan sering terjadi saat komunikasi secara lisan atau via telepon, dan melaporkan hasil pemeriksaan klinis yang bersifat cito via telepon ke unit perawatan. Tujuan sasaran ini mengurangi kesalahan saat berkomunikasi, sehingga meningkatkan keselamatan pasien jika dilakukan secara efektif, akurat, tepat waktu, jelas dan lengkap (Mashfufa, 2021).

3) SKP 3 Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu diwaspadai.

Bila obat-obatan adalah bagian dari rencana pengobatan pasien, maka penerapan manajemen yang benar penting/krusial untuk memastikan keselamatan pasien (Rachmawati, 2023)

4) SKP 4 Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar, Pembedahan Pada Pasien Yang Benar

Salah-lokasi, salah-prosedur, salah-pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan biasa terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan. Kesalahan ini adalah akibat dari komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurang/ tidak melibatkan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), dan tidak ada prosedur untuk memverifikasi lokasi operasi. Di samping itu juga asesmen pasien yang tidak adekuat, penelaahan ulang catatan medis tidak adekuat, budaya yang tidak mendukung komunikasi terbuka antar anggota tim bedah, permasalahan yang berhubungan dengan resep yang tidak terbaca (*illegible*

handwriting) dan pemakaian singkatan adalah merupakan faktor-faktor kontribusi yang sering terjadi (Rachmawati, 2023).

- 5) SKP 5 Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan
Gambaran mutu pelayanan dirumah sakit dengan demikian pengendalian juga pencegahan infeksi nosokomial. Risiko terjadinya infeksi di rumah sakit bisa dikurangi dengan universal precaution yaitu pengedalian infeksi oleh tenaga kesehatan untuk mengurangi risiko penyebaran infeksi yang berdasar pada prinsip di mana darah dan cairan tubuh dapat berpotensi menularkan penyakit, dari pasien ataupun dari petugas kesehatan (Sinullingga & Malinti, 2021 dalam Ariyanti, 2023).
- 6) SKP 6 Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh
Penerapan prosedur pasien jatuh merupakan langkah penting yang harus dilakukan oleh petugas rumah sakit khususnya perawat untuk menjamin keselamatan pasien (Astuti et al., 2019 dalam Ariyanti, 2023).

- c. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Keselamatan Pasien
Beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keselamatan pasien meliputi (Hadi, 2017 dalam Ariyanti, 2023) :

- 1) Status Sumber Daya Manusia

Kerja sama dan partisipasi tenaga kesehatan merupakan hal yang penting dalam pelaksanaan program keselamatan pasien, begitupun dengan peningkatan kualitas pengajaran. Pengajaran yang dimaksud disini seperti adanya seminar dan pelatihan yang di rencanakan pihak rumah sakit atau pelayanan kesehatan dalam meningkatkan kualitas sumber daya tenaga kesehatan.

- 2) Organisasi dan Manajemen

Peran dan kedudukan manajer di rumah sakit sangat penting. Manajer adalah pembuat keputusan utama. Rumah sakit dapat berhasil dalam mencapai tujuan dan program peningkatan kualitas, jika manajer bertanggung jawab dalam menjalankan

kebijakan sesuai prosedur yang telah dibuat dan disetujui bersama terkait keselamatan pasien.

3) Interaksi dan Kerja Tim

Interaksi dan kerja sama tim merupakan suatu keberhasilan implementasi dalam program peningkatan kualitas, salah satu contohnya adalah adanya kolaborasi multi rumah sakit untuk peningkatan kualitas keselamatan pasien. Maka dari itu, program yang telah dibuat oleh rumah sakit membutuhkan kerja tim.

4) Komunikasi

Komunikasi merupakan faktor yang penting untuk meningkatkan keselamatan pasien di layanan kesehatan. Komunikasi yang efisiensi tempat kerja dalam penyampaian berbagai kegiatan pelayanan kesehatan dituntut untuk bermutu dan aman. Komunikasi yang buruk merupakan faktor utama dalam kesalahan pemberian tindakan medis dan tetap menjadi tantangan serius untuk diatasi dalam pelayanan kesehatan. Dengan kurangnya komunikasi interprofessional antara dokter dan perawat, kurangnya interaksi pasien-staf, dan kurangnya serah terima perawat yang efektif, menjadi risiko utama yang mengarah pada pengalaman pasien yang buruk dan memengaruhi keselamatan pasien dan hasil klinis (Burgener, 2020 dalam Ariyanti, 2023).

5) Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien merupakan suatu sikap, kompetensi, persepsi, serta pola perilaku berkomitmen yang dilakukan oleh individu dan kelompok dalam mendukung manajemen dan program keselamatan pasien yang pada dasarnya hal tersebut berhubungan dengan pengelolaan manajemen dan risiko keselamatan. Diterapkannya budaya keselamatan akan membantu tenaga kesehatan dalam menghindari suatu kesalahan dan melakukan hal yang benar.

d. Prinsip Keselamatan Pasien

Prinsip keselamatan pasien mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien. Berdasarkan peraturan tersebut tercantum dalam Bab III tentang Penyelenggaraan Keselamatan Pasien pada Pasal 5 ayat 6, dimana terdapat 7 langkah yang harus ditempuh oleh rumah sakit dalam menerapkan keselamatan pasien antara lain (Mashfufa, 2021) :

1) Membangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien

Upaya membangun kesadaran akan pentingnya keselamatan pasien yang telah menjadi komitmen bersama di pelayanan kesehatan harus dilakukan terus menerus kepada semua karyawan dengan mewujudkan lingkungan yang kondusif dan tidak menyalahkan dan memiliki kebijakan yang harus dilakukan jika terjadi insiden.

2) Memimpin dan Mendukung Staf

Pemimpin harus terlibat baik secara langsung atau tidak langsung untuk mendukung dan memberi perhatian kepada staf agar menerapkan keselamatan pasien baik melalui penetapan kebijakan, menunjuk champion/penggerak keselamatan pasien di tiap unit, menyusun komite keselamatan pasien di pelayanan kesehatan serta selalu menempatkan keselamatan pasien dalam agenda pertemuan ataupun pelatihan di pelayanan kesehatan.

3) Mengintegrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko

Fasilitas pelayanan kesehatan harus memperhatikan manajemen risiko terkait keselamatan pasien, upaya yang dapat dilakukan dengan mengembangkan indicator kinerja manajemen risiko, serta menggiatkan forum diskusi terkait isu manajemen risiko keselamatan pasien.

4) Mengembangkan Sistem Pelaporan

Insiden keselamatan pasien yang terjadi dalam waktu 2x24 jam harus dilaporkan ke tim keselamatan pasien. Tim keselamatan pasien melakukan verifikasi, investigasi, grading/menentukan derajat insiden, menentukan akar masalah/*root cause analysis* (RCA), serta memberikan rekomendasi ke pimpinan pelayanan kesehatan. Selanjutnya pelayanan kesehatan harus memberikan laporan baik secara tertulis/online kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien. Komite Nasional Keselamatan Pasien akan memberikan feedback rekomendasi untuk mencegah kejadian berulang.

5) Melibatkan Dan Berkommunikasi Dengan Pasien

Keselamatan pasien dapat ditingkatkan melalui pemberdayaan pasien dan keterlibatannya dalam proses pemberian perawatan dengan mendengarkan pasien melalui pendekatan komunikasi terbuka.

6) Belajar Dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien

Ketika suatu insiden keselamatan pasien terjadi maka yang harus dipertanyakan adalah bagaimana dan mengapa insiden itu terjadi, bukan siapa yang melakukan. Sehingga berdasarkan informasi yang ada dapat dikembangkan akar masalah/*root cause analysis* (RCA) dan selalu belajar berdasarkan analisa kejadian tersebut.

7) Mencegah Cidera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien

Implementasi sistem keselamatan pasien dilaksanakan dengan melibatkan semua anggota tim yang ada di tiap unit agar melakukan tindakan yang dapat membuat asuhan kepada pasien menjadi lebih aman.

e. Peran Perawat Dalam Keselamatan Pasien

Peran Perawat berkaitan dalam 7 Standar Keselamatan Pasien (mengacu pada *Hospital Patient Safety Standards*"yang dikeluarkan oleh *Joint Commision on Accreditation of Health Organizations, Illinois*, USA, tahun 2002 dalam Rahayu, 2022), yaitu:

- 1) Perawat memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya agar mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diharapkan).
- 2) Perawat memberikan pengarahan, perencanaan pelayanan kesehatan pada pasien dan keluarga mengenai keselamatan pasien.
- 3) Menjaga keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan.
- 4) Menggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien.
- 5) Menerapkan peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- 6) Menerima pendidikan tentang keselamatan pasien
- 7) Menjaga komunikasi sebagai kunci bagi perawat untuk mencapai keselamatan pasien.

B. Penelitian Terkait

Table 2.1 Penelitian Terkait

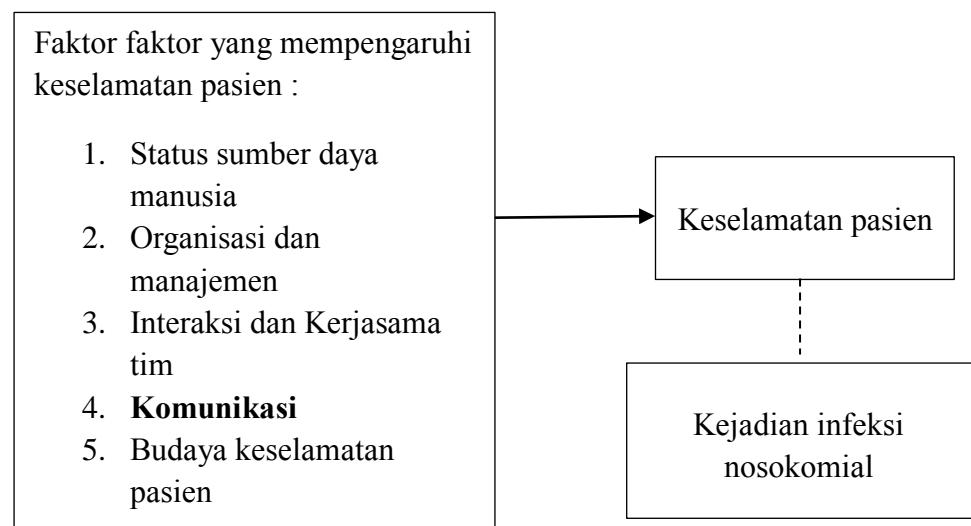
Peneliti	Judul Penelitian	Metode	Tujuan	Hasil Penelitian
(Napitupulu et al., 2023)	Hubungan Komunikasi Efektif Perawat dengan Tindakan Keluarga Pasien dalam Mencegah Infeksi di Ruang Rawat	Desain penelitian deskriptif kuantitatif dengan pendekatan crossectional. Jumlah sampel 32 responden teknik total sampling. Alat	Untuk mengetahui hubungan komunikasi efektif perawat dengan tindakan keluarga pasien dalam mencegah infeksi di Ruang Rawat Inap RSUD Tarempa.	Hasil penelitian menunjukkan komunikasi efektif perawat tertinggi yaitu cukup baik 43,8%, tindakan keluarga pasien dalam mencegah infeksi tertinggi yaitu cukup baik

Peneliti	Judul Penelitian	Metode	Tujuan	Hasil Penelitian
	Inap RSUD Tarempa			56,3%. Adanya hubungan komunikasi efektif perawat dengan tindakan keluarga pasien dalam mencegah infeksi di Rawat Inap RSUD Tarempa dengan <i>p value</i> 0,028.
(Andoko et al., 2021)	Hubungan Penggunaan APD Terhadap Angka Kejadian Infeksi Nasokomial Pada Pasien Rawat Inap Di Rsud Alimuddin Umar Liwa Kabupaten Lampung Barat	Penelitian ini adalah kuantitatif dengan rancangan analitik dengan menggunakan pendekatan <i>cross sectional</i> . Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksanaan Di RSUD Alimuddin Umar Liwa Kabupaten Lampung Barat yang berjumlah 96 orang Dan sampel berjumlah 96 penelitian ini menggunakan teknik total Sampling.	Untuk mengetahui Hubungan Penggunaan APD Terhadap Angka Kejadian Infeksi Nasokomial Pada Pasien Rawat Inap Di RSUD Alimuddin Umar Liwa Kabupaten Lampung Barat Tahun 2020.	Berdasarkan hasil uji statistik, didapatkan <i>p-value</i> 0,000 atau <i>p-value</i> < 0,05 yang artinya terdapat Hubungan Penggunaan APD Terhadap Angka Kejadian Infeksi Nasokomial Pada Pasien Rawat Inap Di RSUD Alimuddin Umar Liwa Kabupaten Lampung Barat Tahun 2020.
(Kurniawati & Faridah, 2023)	Komunikasi Terapeutik Pada Pasien Pasca Operasi Dalam Penerapan Pasien Safety Terhadap Pelayanan Keperawatan	Penelitian ini merupakan penelitian quasi eksperimen dengan desain penelitian One group Pre-Post test Design. Teknik sampel dalam penelitian ini adalah simple random sampling dengan jumlah	untuk mengetahui pengaruh komunikasi terapeutik pada pasien pasca operasi dalam pelaksanaan <i>patient safety</i> (risiko jatuh) terhadap pelayanan keperawatan RS Hermina Bitung. Penelitian	Dari penelitian diperoleh nilai rata – rata komunikasi terapeutik sebelum intervensi 59,95 dan setelah intervensi adalah 66,24. Nilai rata – rata pelayanan keperawatan sebelum intervensi adalah 39,56 dan setelah

Peneliti	Judul Penelitian	Metode	Tujuan	Hasil Penelitian
		sampel 88 orang. Analisa data yang dilakukan adalah analisa univariat dan bivariat. Uji statistik yang digunakan adalah uji Wilcoxon.		intervensi adalah 43,86. Dari hasil uji <i>Wilcoxon</i> diperoleh nilai signifikan 0,000, artinya dapat disimpulkan terdapat pengaruh komunikasi terapeutik pada pasien pasca operasi dalam pelaksanaan <i>patient safety</i> (risiko jatuh) terhadap pelayanan keperawatan.

C. Kerangka Teori

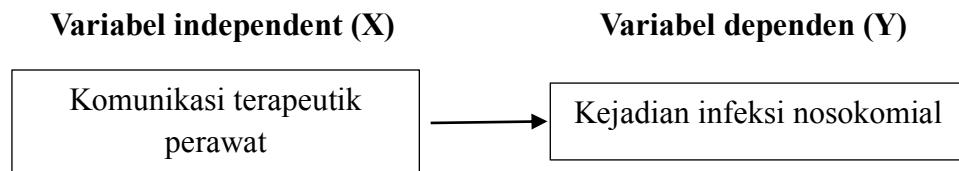
Kerangka teori adalah suatu model yang menerangkan bagaimana hubungan suatu teori dengan faktor-faktor penting yang telah Untuk Mengetahui dalam suatu masalah tertentu. Kerangka yang disusun berdasarkan tinjauan pustaka (Aprina & Anita, 2022).



Gambar 2.1 Kerangka Teori
Sumber : (Ariyanti, 2023)

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah hubungan antara konsep yang dibangun berdasarkan hasil/hasil-hasil studi empiris terdahulu sebagai pedoman dalam melakukan penelitian (Aprina & Anita, 2022).



Gambar 2.2
Kerangka Konsep

E. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah penjelasan sementara tentang tingkah laku, gejala-gejala, atau kejadian tertentu yang telah terjadi atau yang akan terjadi (Aprina & Anita, 2022). Adapun hipotesis dalam penelitian ini dirumuskan sebagai berikut:

1. Ha:

Ada hubungan antara komunikasi terapeutik Perawat dengan Kejadian infeksi nosokomial di ruang rawat inap bedah RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro Tahun 2025.

2. H0:

Tidak ada hubungan antara komunikasi terapeutik Perawat dengan Kejadian infeksi nosokomial di ruang rawat inap bedah RSUD Jenderal Ahmad Yani Metro Tahun 2025.