

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. TELAHAH PUSTAKA

1. Hemodialisis

a. Pengertian Hemodialisis

Hemodialisis adalah suatu teknologi tinggi sebagai pengganti fungsi ginjal untuk mengeluarkan sisa metabolisme atau racun tertentu dari peredaran darah manusia seperti air, natrium, kalium, hydrogen, urea, kreatinin, asam urat, dan zat lainnya melalui membran semi permeabel sebagai pemisah darah dan cairan dialisa pada ginjal buatan dimana terjadi proses difusi, osmosis dan *ultra filtrasi*. (Brunner & Suddarth, 2001).

Hemodialisis dilakukan untuk membantu beberapa fungsi ginjal yang terganggu atau rusak saat ginjal tidak lagi mampu melaksanakannya, membantu menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit pada tubuh, dan mengekskresikan zat-zat sisa atau buangan.

Hemodialisis mengambil alih fungsi ginjal untuk membersihkan darah dengan cara mengalirkan melalui “ginjal buatan”. Sampah dan air yang berlebih dibuang dari tubuh selama proses hemodialisis dan ini biasanya dilakukan oleh ginjal yang fungsinya masih baik (Brunner & Suddarth, 2001).

b. Tujuan Hemodialisis

Hemodialisis bertujuan untuk mengambil zat – zat nitrogen yang toksin dari dalam darah dan mengeluarkan cairan yang berlebihan dari dalam tubuh. Hemodialisis juga mempertahankan, mengembalikan sistem buffer tubuh, dan mempertahankan, mengembalikan kadar elektrolit tubuh. Pada hemodialisis, darah dikeluarkan dari tubuh penderita dan dipompa kedalam mesin yang akan menyaring zat – zat racun keluar dari darah dan kemudian darah yang sudah bersih dikembalikan kedalam tubuh penderita. Jumlah darah yang dikembalikan dapat disesuaikan. (Anderson, 2005).

Mesin ginjal buatan atau hemodialiser terdiri dari membran semi permeabel dengan lembar tipis berpori - pori yang terbuat dari selulosa atau bahan sintetik. Ukuran pori – pori membran memungkinkan difusi zat dengan berat molekul rendah seperti urea, kreatinin dan asam urat berdifusi. Molekul air juga sangat kecil dan bergerak bebas melalui membran, tetapi kebanyakan protein plasma, bakteri dan sel – sel darah terlalu besar untuk melewati pori – pori membran tersebut. Perbedaan konsentrasi zat pada dua kompartemen disebut gradient konsentrasi (Anderson, 2005).

Fungsi sistem ginjal buatan yaitu (Anderson, 2005):

- 1) Membuang produk metabolisme protein seperti urea, kreatinin dan asam urat
- 2) Membuang kelebihan air dengan mempengaruhi tekanan banding antara darah dan bagian cairan, biasanya terdiri atas tekanan positif dalam arus

darah dan tekanan negatif (penghisap) dalam komponen dialisat (proses ultrafiltrasi)

- 3) Mengembalikan dan mempertahankan sistem buffer tubuh
- 4) Mempertahankan dan mengembalikan kadar elektrolit tubuh

Efektifitas ginjal buatan dapat dinyatakan sebagai jumlah plasma yang dibersihkan dari berbagai jenis zat per menit. Kebanyakan ginjal buatan dapat membersihkan ureum dari plasma dengan kecepatan 100 sampai 225 ml/menit yang menunjukkan bahwa sedikitnya untuk ureum ginjal buatan dapat berfungsi dua kali lebih cepat dari pada dua ginjal normal bersama – sama yang kebersihan ureumnya hanya 70ml/menit (Brunner & Suddarth, 2001).

c. Penatalaksanaan Gagal Ginjal

Penatalaksanaan gagal ginjal kronik mempunyai tujuan untuk meredakan atau memperlambat gangguan fungsi ginjal progresif. Salah satu tindakan yang dapat

dilakukan pada pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa adalah dengan tindakan konservatif, yaitu sebagai berikut:

1) Pembatasan protein

Pembatasan asupan protein telah terbukti menormalkan kelainan yang terjadi dan memperlambat terjadinya gagal ginjal. Pembatasan protein tidak hanya mengurangi kadar BUN, tetapi juga mengurangi asupan kalium dan fosfat. Pasien gagal ginjal kronik yang menjalani hemodialisa dianjurkan untuk memenuhi kebutuhan protein 1-1,2 g/kg/hari, apabila pasien mendapatkan pengobatan dialysis secara teratur. (Fahmia *et al*, 2012).

2) Diet Rendah Kalium

Asupan kalium sebaiknya dikurangi. Kalium disesuaikan dengan kondisi ada tidaknya hiperkalsemia. Diet kalium yang dianjurkan adalah 40-70 mEq/hari. Penggunaan makanan dan obat-

obatan yang tinggi kaliumnya dapat menyebabkan hiperkalsemia (Kresnawan, 2012).

3) Diet Rendah Natrium

Natrium ditemukan pada garam dan makanan lainnya. Makanan kaleng atau makanan yang dibekukan banyak mengandung natrium atau sodium. Asupan natrium yang terlalu banyak dapat mengakibatkan retensi cairan, edema paru, hipertensi dan gagal jantung kongestif (*National Kidney and Urologic Disease Information Clearing House*, 2012). Di dalam penelitian Telini *et al* (2013) pembatasan natrium juga berkaitan dengan penurunan IDWG dan tekanan darah pada pasien yang menjalani hemodialisa. Thomas (2003) juga menjelaskan bahwa pemasukan natrium yang dianjurkan adalah 80-110 mmol/hari (1-2 g/hari) akan cukup membantu mengontrol rasa haus.

4) Pengaturan Cairan

Cairan yang diminum penderita gagal ginjal kronik tahap akhir harus diawasi dengan seksama. Parameter yang tepat untuk diikuti selain data asupan dan pengeluaran cairan yang dicatat dengan tepat adalah pengukuran berat badan harian. Aturan yang dipakai untuk menentukan banyaknya asupan cairan adalah jumlah urine yang dikeluarkan selama 24 jam terakhir + 500 ml (IWL) (Ashley & Morlidge, 2008). Pasien yang menjalani hemodialisa sebagian besar akan mengalami penurunan volume urin yang rendah karena ginjal yang tidak dapat berfungsi dengan baik. Hal ini menyebabkan terjadinya penumpukan cairan di dalam tubuh sehingga timbul edema dan penambahan berat badan. Maka dari itu, perlu dilakukan pembatasan asupan cairan dan elektrolit yang bertujuan mencegah terjadinya edema (Price & Wilson, 2006).

Pasien yang menjalani hemodialisa dianjurkan untuk membatasi asupan cairan antara sesi hemodialisa sebanyak 500 – 750 ml/hari tergantung dengan banyaknya urine output pasien selama 24 jam ditambah *Insensible Water Loss* (IWL). Perawat dapat mengingatkan pasien untuk mengatur asupan cairan setiap harinya dengan mengukur jumlah cairan yang akan dikonsumsi ke dalam gelas ukur setiap kali minum. Menganjurkan pasien untuk menggunakan cangkir kecil atau gelas kecil saat minum (Ashley & Morlidge, 2008).

Menurut *National Kidney and Urologic Disease Information Clearing House* (2012), dalam mengatur asupan cairan pasien hemodialisa, perlu dilakukan pengurangan konsumsi makanan ringan dengan kadar natrium tinggi untuk mencegah rasa haus yang berlebih. Asupan cairan yang berlebih juga disebabkan kondisi mulut yang kering. Untuk mengatasi hal tersebut, pasien hemodialisa dapat

dianjurkan untuk menghisap potongan lemon atau menguyah permen karet sebagai upaya untuk menstimulasi produksi saliva agar kondisi mulut tetap lembab dan mengurangi rasa haus akibat mulut kering, hal lain yang dapat dilakukan untuk mengurangi mulut kering yaitu dengan membasil mulut atau berkumur.

Menurut Ashley & Morlidge (2008), ada beberapa makanan yang mengandung air seperti sup, pudding, es krim yang perlu diperhatikan oleh pasien hemodialisa dalam asupan cairan sehari-harinya. *National Kidney and Urologic Disease Information Clearing House* (2012) menyebutkan bahwa terdapat beberapa jenis buah-buahan dan sayuran yang mengandung air dengan kadar tinggi seperti jeruk, melon, dan tomat yang perlu dibatasi konsumsinya agar tidak terjadi peningkatan cairan tubuh.

Berat badan di bawah berat badan ideal akan muncul gejala dehidrasi, hipotensi, kram dan pusing. Berat badan di atas berat badan ideal akan muncul tanda dan gejala kelebihan cairan misalnya edema dan sesak nafas. Tanda seperti ini akan muncul apabila kenaikan berat badan pasien lebih dari 2,5 kg diantara dua waktu dialis (Cahyaningsih, 2009).

Pada pasien dengan fugsi ginjal yang menurun sehingga memerlukan dialysis untuk mempertahankan hidupnya, hamper sebagian besar pasien mengalami hipertensi. Pada kebanyakan penderita ginjal kronik, penurunan asupan garam yang berlangsung berat atau pengeluaran cairan ekstraseluler melalui dialysis mengendalikan hipertensi (Guyton, 2007).

d. Pencegahan dan Pengobatan Komplikasi

1) Hipertensi

Hipertensi dapat dikontrol dengan pembatasan natrium dan cairan. Pengobatan antihipertensi

memerlukan penyesuaian dosis obat yang digunakan pada pasien gagal ginjal terutama obat yang dimetabolisme oleh ginjal, karena dapat menyebabkan penumpukan pada ginjal sehingga memperburuk fungsi ginjal. Apabila penderita sedang menjalani terapi hemodialisa, pemberian antihipertensi dihentikan karena dapat mengakibatkan hipotensi dan syok yang diakibatkan oleh keluarnya cairan intravaskuler melalui ultrafiltrasi (Dipiro, 2008).

2) Hiperkalemia

Hiperkalemia merupakan komplikasi yang sering terjadi penderita gagal ginjal tahap akhir. Hiperkalemia dapat diobati dengan pemberian glukosa dan insulin intravena, atau dengan pemberian Kalsium Glukonat 10% (Suharyanto, 2002).

3) Anemia

Anemia pada penderita gagal ginjal kronik diakibatkan adanya penurunan sekresi eritropoetin oleh ginjal. Pengobatannya adalah dengan pemberian hormon eritropoetin yaitu rekombinan eritropoetin, selain dengan pemberian vitamin, asam folat, zat besi dan transfusi darah (Suharyanto, 2002).

4) Dialisis

Dialisis dapat digunakan untuk mempertahankan penderita dalam keadaan klinis yang optimal sampai tersedia donor ginjal. Dialisis digunakan sebagai terapi pengganti ginjal yang dilakukan pada pasien dengan Laju Filtrasi Glomerulus (LFG) kurang dari 15 ml/menit. Pada LFG kurang dari 15ml/menit merupakan stadadium gagal ginjal tahap akhir dan bias menimbulkan komplikasi lebih berat serta segera memerlukan terapi pengganti ginjal (renal replacement therapy) yaitu dengan hemodialisa dan transplantasi ginjal (PERNEFRI, 2003).

e. Indikasi Hemodialisis

Diperkirakan bahwa lebih dari 100.000 pasien yang akhir – akhir ini menjalani terapi hemodialisis. Terapi hemodialisis digunakan pada pasien dalam keadaan sakit akut dan memerlukan terapi hemodialisis jangka pendek (beberapa hari hingga beberapa minggu) atau pasien dengan penyakit ginjal stadium terminal yang membutuhkan terapi jangka panjang atau permanen. Sehelai membran sintetik yang semi permeabel itu dapat menggantikan glomerulus serta tubulus renal dan bekerja sebagai filter bagi ginjal yang terganggu.

Bagi pasien gagal ginjal kronis, terapi hemodialisis akan mencegah kematian namun terapi hemodialisis tidak menyembuhkan atau memulihkan penyakit ginjal dan tidak mampu mengimbangi hilangnya aktifitas metabolik yang dilaksanakan ginjal dan dampak dari gagal ginjal serta terapinya terhadap kualitas hidup pasien. Pasien gagal ginjal kronik dan

gagal ginjal terminal harus menjalani terapi ini 1 – 2 kali seminggu 4 atau 5 jam setiap kali terapi selama hidupnya (Brunner & Suddant, 2001).

Terapi hemodialisis juga dilakukan pada kasus intoksikasi zat kimia dan ketidak seimbangan cairan dan elektrolit berat. Pada kasus lainnya seperti pada sindrom hepatorenal dengan kriteria kalium darah 5 meq/l, pH darah 7,10 dan oliguri atau anuri lebih dari 5 hari. Untuk mengidentifikasi dilakukan terapi hemodialisis juga perlu diperhitungkan kondisi dan kesiapan klien. Pada kondisi ini perlu pembinaan mental (psikologi) klien untuk menerima kenyataan dan adanya kesanggupan pribadi untuk disiplin serta mematuhi semua petunjuk atau panduan yang telah ditetapkan, juga perlu pertimbangan finansial atau jenis pembiayaan yang cukup kuat untuk bisa menjalani terapi hemodialisis regular selama waktu yang tidak terbatas sebelum transplantasi ginjal. (Brunner & Suddant, 2001).

Keputusan untuk memulai terapi hemodialisis dilakukan pembahasan dengan pemikiran yang mendalam antara pasien, keluarga dan dokter. Masalah yang dominan berhubungan dengan indikasi dialisis dan sering menuntut perubahan gaya dan kebutuhan hidup secara drastis. Diharapkan seorang perawat dapat berperan sebagai fasilitator yang dapat menjawab pertanyaan mereka, menjelaskan informasi dan menyokong keputusan mereka (Brunner & Suddarth, 2001).

2. *Safety checklist*

Pada tahun 2008 WHO mempublikasikan pedoman yang berisi langkah-langkah praktis untuk memastikan keselamatan pasien dengan menggunakan *checklist*. *Safety checklist* paling banyak digunakan pada bagian bedah dengan memastikan keselamatan pasien dalam perawatan operasi (*surgical Safety checklist guidelines*). WHO telah melakukan inisiatif untuk upaya keselamatan pasien (*patient safety*) dengan *safety*

checklist. Dunia Aliansi untuk keselamatan pasien mulai bekerja pada Januari 2007 dan WHO mengidentifikasi tiga fase operasi yaitu sebelum induksi anestesi ("*sign in*"), sebelum sayatan kulit ("*time out*"), dan sebelum pasien meninggalkan ruang operasi ("*sign out*"). Beberapa penelitian mulai mengenalkan *safety checklist* ini pada hemodialisis. Keselamatan pasien menjadi alasan utama mengapa diterapkannya *safety check list* pada unit hemodialisis.

Safety checklist pada hemodialisis membantu para pekerja medis untuk melakukan kegiatan medis lebih tertata dan berurutan sehingga tidak ada bagian dari pasien yang terlewatkan. Hal ini dilakukan karena dapat menurunkan angka kejadian tidak diinginkan pada pasien. Dibeberapa negara telah menerapkan *safety checklist* pada unit hemodialisis. Namun penerapan *safety checklist* pada unit hemodialisis di Indonesia belum ada. Selain itu, bermanfaat atau tidaknya penerapan *saftey checklist* di Indonesia belum banyak dilakukan penelitian.

3. Patient Safety

a. Pengertian

Dalam UU No. 44 tahun 2009 pasal 43 ayat 1 tentang rumah sakit menyebutkan keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu proses dalam pemberian layanan rumah sakit terhadap pasien yang lebih aman. Keselamatan pasien tersebut terdiri dari assessment risiko, identifikasi dan manajemen terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindak lanjuti insiden, menerapkan solusi untuk mengurangi dan meminimalkan risiko.

Keselamatan pasien menurut KKP-RS adalah suatu sistem yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. (Yahya, 2007). Keselamatan pasien bukanlah suatu kegiatan yang berdiri sendiri melainkan kegiatan yang menyatu dalam proses pengobatan pasien. Definisi keselamatan pasien yang dikemukakan oleh Sunaryo (2009) adalah tidak adanya kesalahan atau bebas dari cedera karena

kecelakaan. Keselamatan pasien perlu dikembangkan menjadi sebuah budaya kerja dalam rumah sakit bukan hanya suatu ketentuan atau aturan.

Pelaksanaan keselamatan pasien di Indonesia secara jelas telah diatur dalam UU no. 44 tahun 2009 pasal 29 ayat 1 yang menyebutkan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.

Keselamatan pasien saat ini menjadi fokus utama dari pelayanan kesehatan di rumah sakit baik oleh manajemen sebagai pengambil kebijakan, tenaga medis sebagai pemberi pelayanan kesehatan dan pada pasien. Tujuan penerapan keselamatan pasien di rumah sakit yang dikemukakan oleh Battles (2003) adalah mengurangi risiko cedera pada pasien akibat struktur dan proses pelayanan kesehatan.

Penerapan keselamatan rumah sakit diatur dan dirumuskan oleh KKP-RS sebagai pedoman pelaksanaan keselamatan pasien yang dapat digunakan oleh rumah sakit. Pedoman tersebut dirumuskan dalam KKP-RS No 001-VIII-2005 yang berisi tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit sebagai berikut:

- 1) Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
Ciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil
- 2) Pimpin dan dukung staf anda
Bangunlah komitmen, fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di rumah sakit
- 3) Integrasikan aktivitas pengelolaan
Kembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko serta lakukan identifikasi dan assessment hal potensial bermasalah.

4) Kembangkan sistem pelaporan

Memastikan staf untuk melaporkan kejadian/insiden dan rumah sakit membuat laporan KKP-RS.

5) Libatkan dan komunikasi dengan pasien

Kembangkan cara-cara berkomunikasi yang terbuka dengan pasien.

6) Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien

Mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah sebagai bahan pelajaran bagaimana dan mengapa kejadian tersebut timbul.

4. Sasaran Keselamatan Pasien

Sasaran I: Ketepatan Identifikasi Pasien

Standar SKP I Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki/ meningkatkan ketelitian identifikasi pasien

Elemen Penilaian Sasaran I:

- a. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- b. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah atau produk darah.
- c. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
- d. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.

Sasaran II: Peningkatan Komunikasi Efektif

Standar SKP II Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektifitas komunikasi antar para pemberi pelayanan

Elemen Penilaian Sasaran II :

- a. Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.

- b. Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dibacakan secara lengkap oleh penerima perintah.
- c. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan.
- d. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

Sasaran III: Peningkatan Keamanan Obat yang perlu diwaspadai (*High Alert*)

Standar SKP III Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high alert*)

Elemen Penilaian Sasaran III:

- a. Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label dan penyimpanan elektrolit konsentrat.

- b. Implementasi kebijakan dan prosedur.
- c. Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan.

Sasaran IV: Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien Operasi

Standar SKP IV Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat-lokasi, tepat-prosedur dan tepat-pasien.

Elemen Penilaian Sasaran IV:

- a. Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien didalam proses penandaan.
- b. Rumah sakit menggunakan suatu *checklist* atau proses lain untuk memverifikasi saat pre operasi tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat dan fungsional.

- c. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur sebelum "incisi/*time out*" tepat sebelum dimulainya suatu prosedur tindakan pembedahan.
- d. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung suatu proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.

Sasaran V: Pengurangan Risiko Infeksi Terkait

Pelayanan Kesehatan

Standar SKP V Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

Elemen Penilaian SasaranV:

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

- b. Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
- c. Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

Sasaran VI: Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Standar SKP VI Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

Elemen Penilaian Sasaran VI:

- a. Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang bila pasien diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan dan lain-lain.
- b. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh.

- c. Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan, pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian yang tidak diharapkan.
- d. Kebijakan dan atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

B. PENELITIAN TERDAHULU

Hasil pelacakan melalui web dengan kata *safety checklist* didapatkan bahwa penelitian tentang pengaruh dengan adanya *safety checklist* bisa memberikan peningkatan kepatuhan tenaga medis pada saat keselamatan pasien.

1. Penelitian yang terkait dengan *safety checklist* dan keselamatan pasien adalah:

Khofiyah (2015), “Evaluasi Kepatuhan Tim Bedah Dalam Penerapan *Surgical Patient Safety* Pada Operasi Bedah Mayor di Instalasi Bedah Sentral PKU Muhammadiyah Gombong”. Penelitian ini dilakukan secara deskriptif dengan pendekatan observasional menggunakan checklist *Surgical patient safety* dengan

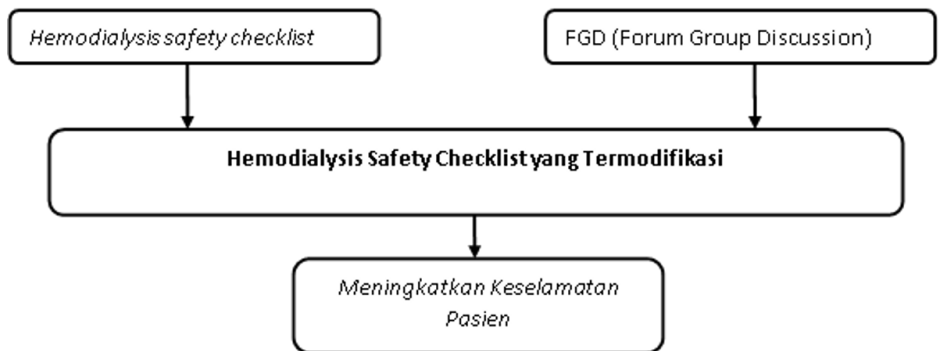
hasil terdapat tim bedah PKU Muhammadiyah Gombong, 20 responden patuh (87,0%) patuh dan 3 responden (13,0%) tidak patuh dalam penerapan Surgical Patient Safety.

2. Wiwit Siti Nurkhasanah (2014), “Analisis Pelaksanaan *Surgical Safety checklist WHO* Dalam Pengelolaan Keselamatan Pasien Di Instalasi Bedah Sentral (IBS) RSUD Banyumas”. Penelitian ini dilakukan secara deskriptif kualitatif dengan metode analisis yang digunakan untuk menjamin validitas data menggunakan teknik triangulasi dengan hasil dalam observasi diketahui 80% kegiatan positif dan 20% yang negatif yang *time out* (sebelum insisi kulit) yang dilakukan dengan benar. Keselamatan pasien (*patient safety*) dari sasaran 1 sampai 6 dilaksanakan atau 100%, walau masih ada kekurangan terutama dalam site marker yang menggunakan spidol permanen.
3. Penelitian yang dilakukan Peneliti oleh Samuel, Dkk. dengan judul *Development of a hemodialysis safety*

checklist using a structured panel process dan diterbitkan pada tahun 2015 oleh *Canadian Journal of kidney Health and Disease*, melakukan sebuah penelitian terkait di unit Hemodialisis di Toronto, Canada. Penelitian ini berfokus pengembangan *Hemodialysis Safety checklist* dengan memakai cara *panel process*. Pada *objectivenya* dilakukan pada perawat dan pasien. Dipakai checklist yang dimodifikasi dan dikembangkan dengan teknik konsensus dengan *basic RAND Method* untuk mengevaluasi dan merevisi *checklist*. Penelitian ini menemukan bahwa pengembangan dari *hemodialysis safety checklist* sangat bermanfaat untuk keselamatan pasien yang menjalani tindakan hemodialisis sehingga penelitian yang di lakukan oleh peneliti di Unit Hemodialisis di klinik Nitipuran Yogyakarta Rumah ingin mencari tahu tentang apa saja risiko 6 sasaran keselamatan pasien yang paling sering terjadi saat pre, ante, dan post hemodialisis di Unit Hemodialisis di

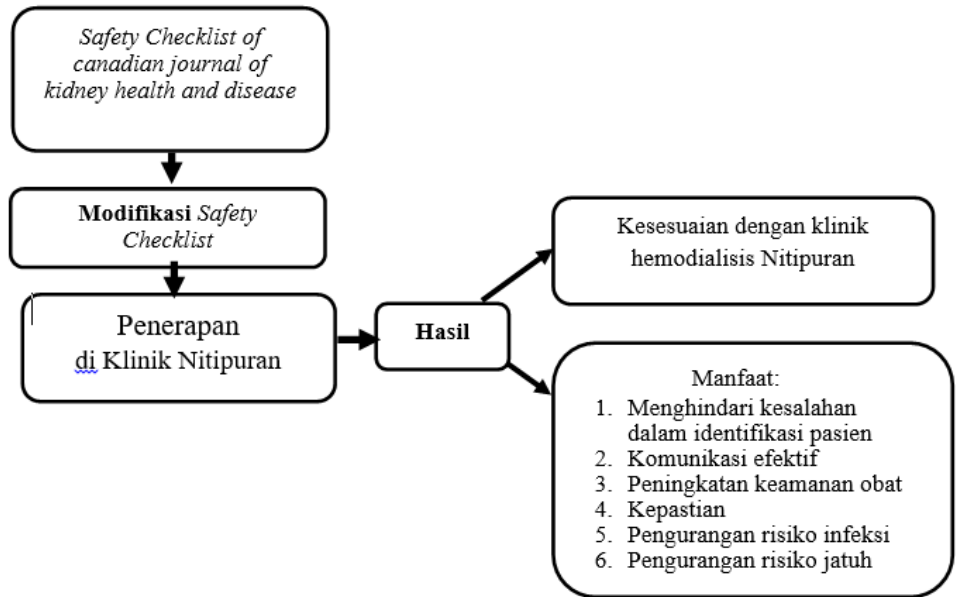
Klinik Nitipuran dengan menggunakan penelitian dari Samuel dkk sebagai acuan penelitian terdahulu.

C. KERANGKA TEORI



Gambar 2-1. Kerangka Teori Hemodialisis *Safety Checklist*

D. KERANGKA KONSEP



Gambar 2-1. Kerangka Konsep Penelitian Hemodialisis Safety Checklist

E. PERTANYAAN PENELITIAN

Adapun pertanyaan-pertanyaan peneliti adalah sebagai berikut:

1. Bagaimanakah Hemodialisis *safety checklist* yang sesuai untuk diterapkan di Klinik Hemodialisis Nitipuran Yogyakarta?

2. Bagaimanakah Hemodialisis *safety checklist* untuk membantu menghindari kesalahan dalam identifikasi pasien yang menjalani hemodialis di klinik hemodialisis nitipuran Yogyakarta?
3. Apakah komunikasi efektif sudah dapat diterapkan dengan baik pada pasien yang akan menjalankan hemodialisis di klinik hemodialisis nitipuran Yogyakarta?
4. Apakah peningkatan keamanan obat sudah bisa dilakukan dengan baik pada klinik hemodialisis di klinik hemodialisis nitipuran Yogyakarta?
5. Apakah kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien hemodialisis bisa berjalan dengan baik jika sudah diterapkan hemodialisis *safety checklist* di unit hemodialisis di klinik hemodialisis nitipuran Yogyakarta?
6. Bagaimana upaya pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan hemodialisis dengan menggunakan

hemodialisis *safety checklist* di klinik hemodialisis nitipuran?

7. Bagaimana upaya pengurangan risiko jatuh terkait pelayanan hemodialisis dengan menggunakan hemodialisis *safety checklist* di klinik hemodialisis nitipuran Yogyakarta?
8. Bagaimana hambatan dan manfaat penerapan HD *Safety checklist*?