

Buku Ajar
PATIENT SAFETY

Ns. Idayanti, SPd, S.Kep, M.Kes
Ns. T. Muhammad Sabil, S.Kep., M.Kep
Ns. Mukhlis, S.Kep., M.Kep
Ns. Masri, S.Kep., M.Kep
Dr. Rusli Taher, S.Kep., Ns., M.Kes
Dihan Fahry Muhammad, S.Kep., Ns., MPH
Bongakaraeng, SKM, M.Kes
Ns. Yusnilawati, S.Kep., M.Kep
Dr. Arina Novilla, S.Pd, M.Si
Dr. Meliana, S.E., M.M
Apt, Fathul Jannah, S.Si., SpFRS
Ns Alhuda, S.Kep., M.Kes., M.Pd., WOC (ET)N., CHtN
Fania Putri Alya, S.Kep., Ners., M.Kep
Vera T Harikedua, SST, MPH
Ns. Rosa Galica Gita Gressia. S.Kep., M.Kep

Editor :

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

Buku Ajar
PATIENT SAFETY

Penulis:

Ns. Idayanti, SPd, S.Kep, M.Kes
Ns. T. Muhammad Sabil, S.Kep., M.Kep
Ns. Mukhlis, S.Kep., M.Kep
Ns. Masri, S.Kep., M.Kep
Dr. Rusli Taher, S.Kep., Ns., M.Kes
Dihan Fahry Muhammad, S.Kep., Ns., MPH
Bongakaraeng, SKM, M.Kes
Ns. Yusnilawati, S.Kep., M.Kep
Dr. Arina Novilla, S.Pd, M.Si
Dr. Meliana, S.E., M.M
Apt, Fathul Jannah, S.Si., SpFRS
Ns Alhuda, S.Kep., M.Kes., M.Pd., WOC (ET)N., CHtN
Fania Putri Alya, S.Kep., Ners., M.Kep
Vera T Harikedua, SST, MPH
Ns. Rosa Galica Gita Gressia. S.Kep., M.Kep

ISBN :

978-634-247-205-7

Editor Buku:

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

Cetakan Pertama : 2024

Diterbitkan Oleh :

PT MEDIA PUSTAKA INDO

Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah

Website: www.mediapustakaindo.com

E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku ini dapat tersusun. Buku ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku Ajar ini berjudul PATIENT SAFETY mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep patient safety. Buku ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep patient safety serta konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, Januari 2026

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|---|----|
| BAB 1_Konsep dan Prinsip Dasar <i>Patient Safety</i> | 1 |
| A. Pendahuluan..... | 1 |
| B. Konsep dan Prinsip Dasar <i>Patient Safety</i> | 2 |
| BAB 2_Kebijakan Global dan Nasional | 13 |
| A. Pendahuluan..... | 13 |
| B. Kebijakan Global dan Nasional tentang <i>Patient Safety</i> | 15 |
| BAB 3_Budaya Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan | 24 |
| A. Pendahuluan..... | 24 |
| B. Konsep Budaya Keselamatan Pasien..... | 27 |
| BAB 4_Etika dan Hukum dalam Keselamatan Pasien | 38 |
| A. Pendahuluan..... | 39 |
| B. Etika dan Hukum dalam Keselamatan Pasien..... | 40 |
| BAB 5_Manajemen Risiko dalam Keselamatan Pasien | 49 |
| A. Identifikasi dan Analisis Risiko | 49 |
| B. Strategi Pencegahan Risiko..... | 51 |
| C. Implementasi Sistem Pelaporan Insiden..... | 54 |
| D. Monitoring, Evaluasi, dan Tindak Lanjut dalam Keselamatan Pasien | 58 |
| BAB 6_Sistem Pelaporan dan Analisis Insiden Keselamatan Pasien (IKP) | 69 |
| A. Pendahuluan..... | 69 |
| B. Konsep Dasar Sistem Pelaporan dan Analisis IKP..... | 70 |
| BAB 7_Peran Manajemen dan Kepemimpinan dalam Patient Safety | 92 |
| A. Pendahuluan..... | 93 |
| B. Konsep Dasar Manajemen, Kepemimpinan dan <i>Patient Safety</i> | 95 |

| | |
|--|-----|
| BAB 8 Standar Operasional Prosedur (SOP) dan <i>Clinical Pathway</i> | 108 |
| A. Pendahuluan..... | 109 |
| B. Konsep Standar Operasional Prosedur (SOP) dan <i>Clinical Pathway</i> | 110 |
| BAB 9 Pendidikan dan Pelatihan Patient Safety bagi Tenaga Kesehatan | 119 |
| A. Pendahuluan..... | 121 |
| B. Pendidikan dan Pelatihan Patient Safety bagi Tenaga Kesehatan | 122 |
| C. Panduan Kurikulum dalam Pendidikan Keselamatan Pasien/Patient Safety (WHO) | 128 |
| BAB 10 Komunikasi Efektif dan Kolaborasi Antarprofesi | 133 |
| A. Prinsip dan Teknik Komunikasi Efektif dalam Pelayanan Kesehatan | 133 |
| B. Kolaborasi Interprofesional dalam Menjamin Keselamatan Pasien | 139 |
| BAB 11 Manajemen Obat dan Pencegahan <i>Medication Error</i> | 151 |
| A. Pendahuluan..... | 151 |
| B. Keselamatan Pasien | 152 |
| BAB 12 Keselamatan Pasien dalam Tindakan Invasif dan Pembedahan..... | 169 |
| A. Pendahuluan..... | 170 |
| B. Konsep Dasar Keselamatan Pasien dalam Tindakan Invasif dan Pembedahan..... | 171 |
| C. Monitoring, Evaluasi, dan Tindak Lanjut dalam Keselamatan Pasien | 173 |
| D. Kesimpulan..... | 175 |
| BAB 13 Keselamatan Pasien pada Tahap Pre-Anestesi, Intra- Anestesi, dan Pasca-Anestesi..... | 182 |
| A. Pendahuluan..... | 182 |

| | |
|---|-----|
| B. Keselamatan Pasien pada Tahap Pre-Anestesi, Intra-Anestesi, dan Pasca-Anestesi | 183 |
| BAB 14 Indikator Mutu dan Evaluasi Keselamatan Pasien..... | 207 |
| A. Pendahuluan..... | 207 |
| B. Indikator Mutu dan Evaluasi Keselamatan Pasien | 208 |
| BAB 15 Peran Komite Mutu..... | 225 |
| A. Pendahuluan..... | 225 |
| B. Konsep Dasar Komite Mutu | 226 |
| C. Susunan Organisasi Komite Mutu..... | 227 |
| D. Tugas dan fungsi komite mutu dan keselamatan pasien ... | 228 |
| E. Peran KMKP terhadap standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien | 231 |

BAB 1

Konsep dan Prinsip Dasar *Patient Safety*

Ns. Idayanti, SPd, S.Kep, M.Kes

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

CPMK 1 : Mahasiswa mampu memahami konsep teoretis dan prinsip dasar keselamatan pasien (*patient safety*) sesuai standar nasional dan global

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Sub-CPMK : Mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan Pengertian, sejarah perkembangan, dan urgensi *patient safety* dalam pelayanan kesehatan modern.
2. Menguraikan prinsip-prinsip dasar *patient safety*

A. Pendahuluan

Meningkatkan pemahaman tentang keselamatan pasien di kalangan peserta didik sangat penting dilakukan selama tahap pendidikan dalam bidang medis. Keterampilan serta perilaku terkait keselamatan pasien harus mulai diterapkan segera setelah peserta didik mulai berkarir di sektor kesehatan, baik di rumah sakit, klinik, maupun puskesmas. Dengan memperoleh pengalaman dalam merawat pasien, peserta didik dapat melihat setiap pasien sebagai individu yang berbeda, serta menerapkan pengetahuan dan keterampilan mereka dengan penuh perhatian.

Secara Global, keselamatan pasien merupakan isu penting dalam bidang kesehatan masyarakat, di mana kira-kira 1 dari 10 pasien mengalami insiden merugikan saat mendapatkan perawatan di rumah sakit di negara-negara maju. Di negara

dengan penghasilan rendah dan menengah, diperkirakan terdapat 134 juta peristiwa tidak menguntungkan yang terjadi di rumah sakit setiap tahunnya, yang berperan dalam sekitar 2,6 juta kematian. Secara umum, lebih dari 3 juta orang meninggal setiap tahun disebabkan oleh perawatan yang tidak aman di seluruh dunia. Diperkirakan sekitar separuh dari peristiwa berbahaya ini dapat dihindari, dengan mayoritasnya berhubungan dengan kesalahan dalam pengobatan. Dampak ekonomi global yang dihasilkan dari insiden keselamatan pasien sangat signifikan, mencapai triliunan dolar AS setiap tahunnya. Sementara di Indonesia data mengenai insiden keselamatan pasien dikelola oleh Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan. Pada tahun 2019, tercatat 7.465 insiden dari 334 rumah sakit di Indonesia. Rincian mengenai tingkat cedera mencakup: 171 kematian, 80 cedera berat, 372 cedera sedang, 1.183 cedera ringan, dan 5.659 insiden yang tidak mengakibatkan cedera. Persentase rumah sakit yang melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) kepada Kementerian Kesehatan terus menunjukkan peningkatan. Namun, masih terdapat perbedaan antara laporan resmi dan kejadian yang sebenarnya terjadi, di mana hal ini sebagian disebabkan oleh adanya kendala dalam budaya pelaporan, seperti rasa takut untuk disalahkan.

Penelitian yang dilakukan di beberapa rumah sakit tertentu menunjukkan variasi dalam angka pelaporan IKP, di mana peningkatan pelaporan sering kali terjadi setelah implementasi sistem pelaporan yang lebih efektif atau melalui pelatihan. Peningkatan sistem pelaporan yang aman dan budaya keselamatan pasien yang tidak menyalahkan (*no-blaming culture*) sangat penting untuk mendapatkan data yang lebih akurat dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan, baik di Indonesia maupun secara global.

B. Konsep dan Prinsip Dasar *Patient Safety*

1. Pengertian *Patient Safety*

Berikut beberapa pengertian dari *Patient Safety* di bawah ini:

- a. *World Health Organization* (WHO): Menekankan pada ketiadaan bahaya yang dapat dicegah dan pengurangan risiko ke tingkat minimal yang dapat diterima.
- b. Kementerian Kesehatan RI / Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS): Mendefinisikan keselamatan pasien sebagai kondisi bebas dari cedera yang tidak seharusnya terjadi terkait pelayanan kesehatan.
- c. *Institute of Medicine* (IOM): Mengartikan keselamatan pasien sebagai "pencegahan bahaya pada pasien," dengan fokus pada sistem yang mencegah dan belajar dari kesalahan, serta membangun budaya keselamatan

2. Sejarah Perkembangan *Patient Safety*

Berikut Adalah tonggak sejarah utama dalam perkembangan *patient safety*:

a. Fase Awal (Pra-1990-an)

Prinsip "pertama dalam memberikan penanganan, jangan membahayakan" (*primum non-nocere*) sudah ada sejak era Hippocrates, perhatian resmi mengenai kesalahan medis sangat minim selama berabad-abad. Peristiwa keselamatan pasien sering kali dianggap sebagai kesalahan oleh individu tertentu. Penelitian awal yang mencatat risiko selama perawatan di rumah sakit, seperti yang dilakukan oleh Schimmel pada tahun 1964, tidak memicu pergerakan nasional yang berarti pada waktu itu.

b. Respon Global dan Nasional (Pasca 2000-an)

Laporan IOM memicu tindakan di seluruh dunia:

- 1) 2002: *National Patient Safety Goals* (NPSGs). *Joint Commission International* (JCI) mendirikan program NPSGs untuk membantu organisasi terakreditasi fokus pada area spesifik yang berdampak signifikan terhadap keselamatan pasien, seperti identifikasi pasien yang tepat dan komunikasi yang efektif.

- 2) 2004: Kampanye Internasional WHO. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendirikan Aliansi Keselamatan Pasien Global (*Global Patient Safety Alliance*) dan meluncurkan inisiatif seperti kampanye "*Clean Care is Safer Care*" (Kebersihan Tangan).
 - 3) 2004: Inisiatif IHI. *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) meluncurkan "100,000 Lives Campaign" yang berhasil mengurangi kematian yang dapat dicegah.
- c. Perkembangan di Indonesia

Perkembangan *patient safety* di Indonesia relatif bersamaan dengan inisiatif global:

- 1) Tahun 2004, Pembentukan KKP-RS. Didirikan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) di bawah Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI).
 - 2) Tahun 2007, Peta Nasional Insiden Keselamatan Pasien. Laporan ini mengidentifikasi kesalahan pemberian obat sebagai insiden tertinggi yang dilaporkan.
 - 3) Tahun 2017, Regulasi Pemerintah. Kementerian Kesehatan RI mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, yang menguatkan kerangka hukum dan penerapan standar keselamatan pasien di fasilitas kesehatan Indonesia.
3. **Urgensi *patient safety* dalam pelayanan kesehatan modern.**

Urgensi keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan saat ini sangat penting. Ini bukan hanya unsur tambahan, tetapi merupakan dasar utama yang mendukung seluruh sistem kesehatan. Berikut adalah beberapa alasan utama mengapa keselamatan pasien sangat mendesak dan vital di zaman modern, berikut dapat dijalankan.

a. Peningkatan kompleksitas layanan kesehatan

Layanan kesehatan modern menggunakan teknologi mutakhir, obat-obatan terbaru, serta prosedur yang kompleks. Kerumitan ini secara otomatis meningkatkan kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pengobatan. Diperlukan sistem yang aman untuk menangani kerumitan ini dan menghindari potensi risiko.

b. Menghindari kerugian bagi pasien (cegah cedera)

Tujuan utama adalah melindungi pasien dari cedera atau kerugian yang dapat dicegah yang disebabkan oleh perawatan medis, bukan dari penyakit itu sendiri. Insiden yang terkait dengan keselamatan pasien bisa mengakibatkan cacat yang permanen, perpanjangan durasi rawat inap, biaya pengobatan yang lebih tinggi bahkan kematian.

c. Kepercayaan masyarakat dan etika profesi

Kepercayaan merupakan dasar dari hubungan antara pasien dan penyedia layanan kesehatan. Kesalahan medis yang terjadi secara berulang dapat merusak kepercayaan masyarakat terhadap sistem kesehatan secara keseluruhan. Dari sudut pandang etis, para tenaga medis memiliki tanggung jawab utama untuk tidak membahayakan pasien (*primum non nocere*).

d. Pengaruh ekonomi yang besar

Kesalahan medis menyebabkan beban finansial yang cukup signifikan. Biaya tersebut meliputi biaya untuk tindakan hukum atau kompensasi, pengeluaran tambahan untuk menangani komplikasi yang muncul akibat kesalahan, penurunan produktivitas pasien dan layanan kesehatan.

Menginvestasikan dalam keselamatan pasien sebenarnya adalah investasi jangka panjang untuk meningkatkan efisiensi sistem kesehatan.

e. Mandat Global dan standar akreditasi

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) telah mengidentifikasi keselamatan pasien sebagai salah satu

fokus utama dalam kesehatan global. Berbagai negara, termasuk Indonesia, memberlakukan standar keselamatan pasien melalui akreditasi fasilitas kesehatan, seperti yang dilakukan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit di Indonesia. Ketaatan terhadap standar ini menjadi suatu keharusan bagi operasional fasilitas pelayanan kesehatan.

- f. Budaya belajar dan peningkatan mutu berkelanjutan**
 Penekanan pada keselamatan pasien mendorong terbentuknya "budaya yang adil" di mana tenaga kesehatan merasa nyaman untuk melaporkan kesalahan atau insiden yang hampir menyebabkan masalah tanpa merasa takut akan konsekuensi buruk. Proses pelaporan ini memberi kesempatan kepada organisasi untuk belajar dari kesalahan dan menerapkan perbaikan sistem, yang pada gilirannya meningkatkan kualitas pelayanan secara berkesinambungan.

4. Prinsip-prinsip dasar *patient safety*

Prinsip utama dalam menjaga keselamatan pasien melibatkan berbagai aspek dalam penyediaan layanan kesehatan. Struktur paling dikenal dan diakui di seluruh dunia adalah Enam Tujuan Keselamatan Pasien Internasional yang ditetapkan oleh *Joint Commission International*. Berikut Adalah adalah penjelasan rinci mengenai enam prinsip dasar *patient safety* dapat dijelaskan pada table 1.1

Tabel 1.1 Enam prinsip dasar *patient safety*

| Prinsip (Sasaran) | Penjelasan | Contoh penerapannya |
|----------------------------------|--|---|
| 1. Ketepatan Identifikasi Pasien | Memastikan bahwa setiap langkah medis atau perawatan dilakukan pada individu yang tepat. Ini | Memanfaatkan dua atau tiga metode identifikasi (seperti nama lengkap, tanggal lahir, dan nomor rekam medis) sebelum menyerahkan obat, |

| | | |
|---|---|--|
| | merupakan dasar dari keamanan pasien. | mengambil sampel darah, atau menjalani prosedur medis. |
| 2. Peningkatan Komunikasi Efektif | Menjamin bahwa data medis yang penting disampaikan dengan tepat, menyeluruh, dan dalam waktu yang sesuai, serta dengan cara yang jelas di antara berbagai tenaga kesehatan. | Mengimplementasikan pendekatan komunikasi yang sistematis seperti SBAR (<i>Situation, Background, Assessment, Recommendation</i>), ketika merujuk pasien atau menginformasikan mengenai keadaan darurat. |
| 3. Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai (High-Alert) | Mengawasi obat-obatan yang berpotensi tinggi menimbulkan cedera berat atau kematian jika terjadi kesalahan dalam penggunaannya | Menyimpan obat yang memiliki risiko tinggi (contohnya, larutan elektrolit seperti KCl) di tempat yang terpisah, memberikan tanda khusus, dan melakukan verifikasi oleh dua tenaga medis. |
| 4. Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat- | Menghindari kesalahan dalam operasi yang berkaitan | Mengimplementasikan prosedur verifikasi sebelum operasi yang ketat, penandaan |

| | | |
|---|--|---|
| Prosedur, Tepat-Pasien Operasi | dengan area tubuh yang salah, tindakan yang keliru, atau pasien yang tidak tepat | lokasi tindakan langsung pada badan pasien oleh ahli bedah, dan penerapan "time-out" (sejenak sebelum prosedur dimulai) untuk memastikan informasi penting. |
| 5. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan | Melaksanakan metode yang diakui secara ilmiah untuk menghindari dan mengatur infeksi yang diperoleh selama proses perawatan di sarana kesehatan. | Mengimplementasikan prosedur kebersihan tangan yang ketat untuk seluruh staf (sesuai dengan lima momen kebersihan tangan dari WHO), serta melakukan sterilisasi alat yang benar. |
| 6. Pengurangan Risiko Cedera Pasien Akibat Jatuh | Menemukan pasien yang berada dalam kategori risiko tinggi untuk mengalami jatuh dan melaksanakan tindakan pencegahan yang sesuai. | Melakukan evaluasi terhadap potensi risiko jatuh untuk setiap pasien saat mereka masuk dan secara rutin, menempatkan tanda risiko jatuh di ruang pasien, serta memastikan lingkungan yang aman (cahaya yang memadai, lantai tidak basah). |

Contoh Soal :

1. Menurut pemahaman yang sudah saudara pelajari sebagai tenaga kesehatan, saudara tentu mengenal *Patient Safety*. Sebutkan definisi yang paling sesuai untuk *Patient Safety*?
 - a. Prosedur baku yang diterapkan untuk memastikan setiap pasien mendapatkan pengobatan yang paling tepat.
 - b. Langkah-langkah yang diambil oleh lembaga kesehatan untuk menekan biaya perawatan dan memperpendek waktu rawat inap pasien.
 - c. Sebuah sistem yang meningkatkan keamanan perawatan pasien melalui upaya untuk mencegah kesalahan medis dan mengurangi risiko yang berhubungan dengan layanan kesehatan.
 - d. Kewajiban dokter spesialis untuk menghindari malpraktik selama jalannya prosedur pembedahan.
 - e. Kepastian bahwa setiap pasien akan pulih sepenuhnya tanpa mengalami komplikasi selama masa perawatan.
2. Tujuan utama dari program keselamatan pasien adalah untuk menghindari terjadinya kejadian yang tidak diinginkan dalam pelayanan kesehatan. Apa yang dimaksud dengan kejadian tidak diinginkan?
 - a. Kejadian di mana pasien merasa kurang puas dengan sikap perawat.
 - b. Efek samping yang muncul secara alami dari penyakit yang diderita oleh pasien dan tidak bisa dihindari.
 - c. Cedera atau komplikasi yang dialami pasien akibat tindakan medis, bukan berasal dari penyakit yang diderita.
 - d. Keadaan di mana lembaga kesehatan mengalami kerugian finansial karena tingginya klaim asuransi.
 - e. Penolakan pasien terhadap rencana terapi yang direkomendasikan oleh tim medis.
3. Tujuan Pertama Keselamatan Pasien Internasional (IPSG) adalah memastikan bahwa informasi penting mengenai pasien telah dicek sebelum dilakukan tindakan medis.

Sebutkan apa tujuannya?

- a. Peningkatan komunikasi efektif
 - b. Mengurangi risiko cedera akibat jatuh
 - c. **Ketepatan identifikasi pasien**
 - d. Peningkatan keamanan Obat *High-Alert*
 - e. Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur
4. Seorang perawat menggunakan metode SBAR saat melimpahkan pasien kritis ke perawat shift berikutnya. Tindakan ini merupakan implementasi dari Sasaran Keselamatan Pasien ?

Sebutkan implementasi sasaran dimaksud?

- a. Mengurangi Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan
 - b. **Peningkatan Komunikasi Efektif**
 - c. Ketepatan Identifikasi Pasien
 - d. Peningkatan Keamanan Obat *High-Alert*
 - e. Kepastian Tepat-Pasien Operasi
5. Pasien berusia 72 Tahun, dirawat di rumah sakit, memiliki catatan sering mengalami pusing. Perawat melakukan evaluasi untuk menilai risiko jatuh menggunakan skala yang sudah ditentukan dan menempelkan stiker penanda risiko di pintu kamar pasien. Ini merupakan pelaksanaan dari tujuan keselamatan pasien.

Sebutkan nomer berapa tujuan pelaksanaan keselamatan pasien tersebut?

- a. 1
- b. 3
- c. 4
- d. 5
- e. 6

DAFTAR PUSTAKA

- Harahap, R. (2020). *Efektivitas root cause analysis dalam mencegah insiden*. Jurnal Keselamatan Pasien
- Indrawati, L. (2022). *Monitoring ulang dalam keselamatan pasien*. Jurnal Keselamatan dan Mutu.
- Joint Commission International. (2022). *Patient Safety Goals and Clinical Risk Management Standards*. JCI Press.
- Kesehatan Menteri Republik Indonesia. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. 1-14.
- Nursalam.(2014). Manajemen keperawatan. aplikasi dalam praktik keperawatan profesional. Salemba Medik. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 12 Tahun 2020 Tentang Akreditasi Rumah Sakit. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 586.
- Pius, S. (2022). Keselamatan Pasien Dan Keselamatan Kesehatan Kerja (Munandar Arif (Ed). CV. Media Sains Indonesia Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2011 Tentang Keselamatan Pasien. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 308.
- Saleh Ariyanti. (2020). Perawat Sebagai *Health Edukator*. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 298

BIODATA PENULIS



**Nama: Idayanti, SPd, S.Kep,
Ns, M.Kes**

Lahir di Pringsewu, 22 Oktober 1969. Lulusan Universitas Riau (S1) dan Universitas Sumatera Utara (S2). Gemar membaca dan menulis buku, berita *web* di tempat kerja. Saat ini tercatat Dosen Kemenkes Poltekkes Riau Jurusan Keperawatan.

BAB 2

Kebijakan Global dan Nasional tentang *Patient Safety*

Ns. T. Muhammad Sabil, S.Kep., M.Kep

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

CPMK 1 : Mahasiswa mampu mengintegrasikan kebijakan keselamatan pasien global dan nasional ke dalam praktik pelayanan kesehatan profesional.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Sub-CPMK : Mahasiswa mampu:

1

1. Menjelaskan definisi, urgensi, dan prinsip-prinsip dasar keselamatan pasien berdasarkan panduan global (WHO) dan nasional (Kemenkes).
2. Mengidentifikasi dan menganalisis Rencana Aksi Keselamatan Pasien Global (*Global Patient Safety Action Plan*) 2021-2030 dari WHO, termasuk visi, misi, dan domain strategisnya.
3. Mengkaji dan mensintesis kebijakan nasional terkait keselamatan pasien, seperti Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, serta standar dan pedoman yang berlaku di Indonesia.

A. Pendahuluan

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah prinsip fundamental dalam pelayanan kesehatan yang bertujuan mencegah cedera akibat kesalahan medis atau tindakan yang

tidak seharusnya dilakukan. Isu ini telah menjadi prioritas global dan nasional, mendorong pembentukan berbagai kebijakan dan standar untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan (Ratanto dkk, 2023).

Secara global, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan lembaga internasional lainnya, seperti Joint Commission International (JCI), memainkan peran sentral dalam mempromosikan keselamatan pasien. WHO menetapkan keselamatan pasien sebagai salah satu hari kesehatan masyarakat global (Hari Keselamatan Pasien Sedunia) dan telah menerbitkan *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030* untuk menghilangkan bahaya yang dapat dihindari dalam perawatan kesehatan (Rachmawati dkk, 2023).

JCI mengembangkan enam sasaran keselamatan pasien internasional yang diadopsi secara luas di seluruh dunia untuk mendorong perbaikan keselamatan pasien, meliputi: Mengidentifikasi pasien dengan benar, Meningkatkan komunikasi yang efektif, Meningkatkan keamanan obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*), Memastikan lokasi pembedahan, prosedur, dan pasien yang benar, Mengurangi risiko infeksi terkait layanan kesehatan (kebersihan tangan), Mengurangi risiko pasien jatuh (Agil dkk, 2025).

Di Indonesia, *patient safety* telah diatur dalam UU No. 44 tahun 2009 pasal 43 tentang rumah sakit yang berkewajiban menerapkan standar keselamatan pasien. Kepedulian terhadap *patient safety* juga diwujudkan dengan pembentukan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) oleh Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) pada tanggal 1 juni 2005. KKPRS telah menyusun Panduan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien bagi staf RS untuk mengimplementasikan Keselamatan Pasien di rumah sakit. Disamping itu pula KARS (Komite Akreditasi Rumah Sakit) Depkes telah menyusun Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang akan menjadi salah satu standar akreditasi. Upaya penerapan *patient safety* sangat tergantung dari pengetahuan petugas kesehatan. Apabila perawat menerapkan *patient safety* didasari oleh pengetahuan yang memadai, maka penerapan *patient safety* oleh perawat tersebut akan bersifat langgeng (*long lasting*) (Hadi, 2020).

Aspek hukum *patient safety* telah tertulis pada pasal 43 UU Kesehatan No. 36 tahun 2009 dijelaskan bahwa proses dalam suatu rumah sakit yang memberikan pelayanan pasien yang lebih aman. Termasuk didalamnya asesmen resiko, identifikasi, dan manajemen resiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, serta menerapkan solusi untuk mengurangi timbulnya resiko. Dimana insiden keselamatan pasien adalah keselamatan medis (*medical errors*), kejadian yang tidak diharapkan, dan terjadi nyaris (*near miss*) Rachmawati, N., & Harigustian, Y. (2019).

Rumah sakit dituntut mampu mengimplementasikan keselamatan pasien untuk meminimalisir insiden keselamatan pasien. Hal itu juga di jelaskan dalam Permenkes no 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien pada pasal 5 yakni setiap rumah sakit wajib mengusahakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien (Rahayu dkk, 2024). Keselamatan pasien berhubungan dengan sasaran keselamatan pasien di karenakan Rumah Sakit dalam menerapkan keselamatan pasien dan pembentukan sistem pelayanan kesehatan harus menerapkan salah satunya yakni sasaran keselamatan pasien. Indikator sasaran keselamatan pasien (SKP) di Indonesia secara internasional dikenal dengan *International Patient Safety Goals* (IPSG) yang dikeluarkan oleh *Joint Commission International* (JCI) dan merupakan hal wajib dipahami serta diterapkan pada proses praktik asuhan keperawatan (Hikmah dkk, 2025).

B. Kebijakan Global dan Nasional tentang *Patient Safety*

1. Pengertian

Kebijakan *Patient Safety* merujuk pada serangkaian upaya sistematis untuk mencegah terjadinya cedera pada pasien akibat kesalahan dalam proses pelayanan kesehatan. Kebijakan ini diimplementasikan baik pada tingkat global (internasional) maupun nasional, dengan tujuan utama mengurangi risiko bahaya yang tidak perlu terkait perawatan kesehatan (Lesmana, 2024).

Kebijakan keselamatan pasien global dipelopori oleh WHO melalui program *World Alliance for Patient Safety* dan Hari Keselamatan Pasien Sedunia, yang menekankan pentingnya keselamatan sebagai bagian fundamental dari

pelayanan kesehatan. Kebijakan nasional Indonesia mencakup UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang mewajibkan rumah sakit menerapkan standar keselamatan pasien, serta dibentuknya Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) untuk mengimplementasikan dan memantau program ini (Ratanto, R. dkk, 2023).

2. Kebijakan Global tentang *Patient Safety*

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memimpin upaya global untuk meningkatkan keselamatan pasien melalui berbagai inisiatif:

- a. *World Alliance for Patient Safety* (Aliansi Dunia untuk Keselamatan Pasien): Diluncurkan pada tahun 2004, program ini menyatakan bahwa keselamatan pasien adalah prinsip fundamental dalam pelayanan kesehatan dan komponen penting dari manajemen mutu.
- b. *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030* (Rencana Aksi Keselamatan Pasien Global 2021-2030): Rencana ini bertujuan untuk memastikan tidak ada seorang pun yang dirugikan dalam pelayanan kesehatan dengan menyediakan akses layanan kesehatan yang aman dan berkualitas.
- c. *International Patient Safety Goals* (IPSG): Dikembangkan oleh *Joint Commission International* (JCI), IPSG membantu organisasi kesehatan terakreditasi fokus pada area spesifik yang berdampak signifikan terhadap keselamatan pasien, seperti ketepatan identifikasi pasien dan peningkatan komunikasi yang efektif.

3. Kebijakan Nasional tentang *Patient Safety* di Indonesia

Di Indonesia, kebijakan keselamatan pasien didasarkan pada kerangka hukum yang kuat, antara lain:

- a. Undang-Undang (UU) No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit: Pasal 43 undang-undang ini mewajibkan setiap rumah sakit untuk menerapkan standar keselamatan pasien.
- b. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien: Peraturan ini mengatur

secara rinci tentang penyelenggaraan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk kewajiban rumah sakit dan hak pasien.

- c. Permenkes No. 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit: Peraturan ini mencakup standar dan sasaran keselamatan pasien, serta pembentukan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) di tingkat nasional dan internal rumah sakit.
 - d. Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP): Dibentuk untuk mengawasi dan membina pelaksanaan program keselamatan pasien di seluruh fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia.
4. Fokus Nasional
- Bedasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien (mencabut Permenkes No. 1691 Tahun 2011) yang menjadi pedoman utama dalam pelaksanaan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan Kesehatan, yaitu:
- a. Standar Keselamatan Pasien: Mencakup hal-hal seperti hak pasien, mendidik pasien dan keluarga tentang kewajiban dan tanggung jawab mereka, serta komunikasi yang efektif.
 - b. Sasaran Keselamatan Pasien Nasional: Mengadopsi prinsip-prinsip internasional, yang meliputi enam sasaran spesifik: ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat high-alert, kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, dan pengurangan risiko pasien jatuh.
 - c. Sistem Pelaporan Insiden: Mendorong pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien (Kejadian Tidak Diharapkan/KTD, Kejadian Nyaris Cedera/KNC, dll.) untuk pembelajaran dan perbaikan sistem, bukan untuk menyalahkan (*no-blame culture*).

5. Implementasi Kebijakan

Indonesia mengadopsi standar internasional, termasuk Enam Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) yang diadopsi dari *Joint Commission International (JCI)* (Anggraini, dkk, 2023), yaitu:

- a. Ketepatan Identifikasi Pasien.
- b. Peningkatan Komunikasi yang Efektif.
- c. Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai (*high-alert medications*).
- d. Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien Operasi.
- e. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan (fokus pada kebersihan tangan).
- f. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh.

Contoh Soal

Kasus:

Di sebuah rumah sakit swasta di Indonesia, seorang perawat bernama Ani sedang merawat Tn. B (55 tahun) yang dirawat inap karena pneumonia berat. Sesuai instruksi dokter, Tn. B seharusnya menerima antibiotik dosis tinggi. Namun, karena kelelahan dan beban kerja yang tinggi, Perawat Ani salah membaca instruksi dan memberikan dosis yang lebih rendah dari yang diresepkan. Akibatnya, kondisi Tn. B memburuk dan memerlukan perawatan intensif tambahan. Insiden ini kemudian dilaporkan sebagai Kejadian Nyaris Cedera (KNC) karena kesalahan dosis telah terjadi, meskipun dampak yang lebih parah masih bisa dicegah pada tahap awal.

Berdasarkan kasus di atas dan kaitannya dengan kebijakan *patient safety*, jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut:

1. Kesalahan pemberian dosis obat yang dilakukan oleh Perawat Ani, yang mengakibatkan kondisi pasien memburuk, dalam konteks keselamatan pasien (menurut Permenkes No. 11 Tahun 2017) dikategorikan sebagai...
 - a. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)
 - b. Kejadian Sentinel (KS)
 - c. Kejadian Tidak Cedera (KTC)
 - d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)**
 - e. Kejadian Potensi Cedera (KPC)
2. Kebijakan keselamatan pasien secara global diinisiasi oleh badan dunia PBB yang berfokus pada kesehatan. Badan tersebut adalah ...
 - a. *United Nations Children's Fund (UNICEF)*
 - b. *World Health Organization (WHO)***
 - c. *International Council of Nurses (ICN)*
 - d. *World Medical Association (WMA)*
 - e. *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*
3. Salah satu dari Enam Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) Nasional yang relevan dengan kasus kesalahan pemberian dosis obat adalah...
 - a. Ketepatan Identifikasi Pasien
 - b. Peningkatan Komunikasi Efektif
 - c. Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai (*High Alert Medication*)**

- d. Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Tepat-Pasien Operasi
 - e. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh
4. Dalam konteks kebijakan nasional di Indonesia, sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di fasilitas kesehatan diatur secara rinci dalam peraturan pemerintah, yaitu...
- a. UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
 - b. UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
 - c. Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien**
 - d. Permenkes No. 12 Tahun 2020 tentang Akreditasi Rumah Sakit
 - e. UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
5. Berdasarkan Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien Multiprofesi dari WHO, salah satu ide dan metode untuk mengajar dan menilai keselamatan pasien secara efektif adalah dengan mengajarkan tentang...
- a. Penemuan obat baru
 - b. Penggunaan alat medis canggih
 - c. Kerja tim medis dan pentingnya komunikasi yang jelas di semua tingkat pelayanan kesehatan**
 - d. Aspek legalitas dalam rekam medis
 - e. Manajemen keuangan rumah sakit

DAFTAR PUSTAKA

- Agil, N. M., Apriyanto, A., Haryanti, T., Saparwati, M., Pertiwi, W. E., Oktarina, N. D., ... & Fatimah, N. A. (2025). *Buku Ajar Keselamatan Pasien dan Keselamatan Kesehatan Kerja*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Anggraini, A. N., Kur'aini, S. N., & Prasastin, O. V. (2023). Update Knowledge: Persiapan Lingkungan Rumah Sakit Dalam Menyongsong Akreditasi JCI (Joint Commission International) Dalam Ranah Keselamatan Pasien di Rumah Sakit di Kabupaten Salatiga. *Lontara Abdimas: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 4(2), 87-93.
- Hadi, I. (2020). *Buku ajar manajemen keselamatan pasien*. Deepublish.
- Hikmah, N., Ilmi, B., & Azidin, Y. (2025). *Pengembangan Model Penerapan Standar Sasaran Keselamatan Pasien yang Optimal dalam Keperawatan Jiwa*. Penerbit NEM.
- Lesmana, N. N. K., Kep, M., Wiyanti, S. K., Evi Yanti, S. K. M., KM, M., Harto, T., ... & Zuraidah, S. K. (2024). *Bunga Rampai Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit*. Nuansa Fajar Cemerlang.
- Ratanto, R., Ningtyas, R., Lubis, V. H., Afrianti, N., Deswani, D., Arini, D., ... & Suryati, S. (2023). *MANAJEMEN PATIENT SAFETY: Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan dan Keselamatan Pasien*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Rachmawati, D. S., Martyastuti, N. E., Setiarini, T., Handayani, T., Yanti, N. P. E. D., Massa, K., ... & Susiladewi, I. A. M. V. (2023). *Manajemen Keselamatan Pasien*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Rachmawati, N., & Harigustian, Y. (2019). *Manajemen Patient Safety_Konsep & Aplikasi Patient Safety dalam Kesehatan*. *Buku Manajemen Patient Safety*.
- Rahayu, S., Zainuri, I., & Saudah, N. (2024). *Pengalaman perawat pelaksana dalam menerapkan prosedur keselamatan pasien berbasis teori experiential learning di RS reksa*

waluya kota mojkerto (Doctoral dissertation,
perpustakaan universitas bina sehat).

BIODATA PENULIS



Ns. T. Muhammad Sabil, S.Kep., M.Kep lahir di desa Cot Keh, Peureulak, Aceh Timur, pada 18 Mei 1992. Penulis menyelesaikan pendidikan S-1 Keperawatan di Universitas Sains Cut Nyak Dhien, menyelesaikan Profesi Ners di Institut Kesehatan Sumatera Utara dan menyelesaikan S-2 Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala. Pernah menjadi Tenaga Pendidik di STIKes Medika Nurul Islam, Tahun 2016 - 2022. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen Tetap dan aktif dalam kegiatan TriDharma Perguruan Tinggi di Akademi Keperawatan Kesdam Iskandar Muda Lhokseumawe dan Tenaga Pengajar di Universitas Bumi Persada.
Email:

teukumuhammad.sabil@gmail.com

BAB 3 | **Budaya Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan**

Ns. Mukhlis, S.Kep., M.Kep

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

CPMK 1 : Mahasiswa mampu memahami, menerapkan, dan menginternalisasi prinsip-prinsip budaya keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Sub-CPMK : Mahasiswa mampu:

- 1 4. Mengidentifikasi konsep budaya keselamatan pasien.
5. Menganalisis manfaat dalam budaya keselamatan pasien
6. Menjelaskan pentingnya implementasi budaya keselamatan pasien fasilitas Kesehatan
7. Mengidentifikasi dimensi budaya keselamatan pada pasien

A. Pendahuluan

Budaya keselamatan pasien (BKP) merupakan langkah awal dalam pengembangan keselamatan pasien. Keselamatan pasien merupakan inti dari mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit. Rumah sakit bertanggung jawab dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam pengelolaan keselamatan pasien di rumah sakit (Kemenkes dan KARS, 2011). Upaya keselamatan pasien memerlukan transformasi budaya organisasi secara menyeluruh. Adapun budaya organisasi merupakan suatu kekuatan yang sangat besar dan sesuatu yang

tetap ada walaupun terjadi berbagai perubahan di dalamnya. Pengkajian budaya organisasi diperlukan untuk dapat melakukan perubahan yang mendorong upaya-upaya peningkatan keselamatan pasien (Laoh et al., 2024).

Pelayanan kesehatan yang mengutamakan keselamatan pasien akan membuat asuhan pasien lebih aman karena memiliki sistem asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, adanya pelaporan dan analisis apabila terjadi insiden serta adanya tindak lanjut yang bertujuan meminimalkan risiko cedera yang disebabkan kesalahan pengambilan tindakan. Penerapan keselamatan pasien juga merupakan standar penilaian akreditasi rumah sakit dalam Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNARS) 2018 sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien. Manajemen rumah sakit dalam upayanya meminimalisir insiden keselamatan pasien adalah dengan membangun budaya keselamatan pasien. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) menyatakan bahwa budaya keselamatan merupakan salah satu faktor kontributor organisasi dan manajemen dalam keselamatan pasien (Elystia Vidia Marselina, Hadi Prayitno, 2023).

Upaya keselamatan pasien untuk mengurangi angka kejadian tidak diinginkan di rumah sakit, yaitu dengan menerapkan tujuh langkah keselamatan pasien rumah sakit 4. Antara lain yaitu bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, pimpin dan dukung staf, integrasikan aktivitas pengelolaan risiko, kembangkan sistem pelaporan, libatkan dan berkomunikasi dengan pasien, belajar dan berbagi sebuah pengalaman tentang keselamatan pasien, Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien. Upaya menciptakan atau membangun budaya keselamatan (safety culture) merupakan langkah pertama dalam langkah-langkah mencapai keselamatan pasien, sebagaimana tercantum pula dalam langkah pertama dari konsep "Tujuh Langkah Menuju keselamatan pasien di Rumah Sakit.

Budaya keselamatan pasien didefinisikan sebagai produk dari nilai-nilai, sikap, persepsi, kompetensi dan pola perilaku individu dan kelompok, yang menentukan komitmen dan gaya serta kemahiran manajemen keselamatan dan kesehatan organisasi. Budaya keselamatan pasien diterapkan dengan tujuan meningkatkan kesadaran dalam mencegah error dan melaporkan jika terjadi insiden. Organisasi dengan budaya keselamatan positif ditandai oleh komunikasi yang dibangun atas dasar saling percaya, dengan berbagai persepsi tentang pentingnya keamanan, dan keyakinan akan kemanjuran tindakan pencegahan (Panggalih et al., 2023).

Pentingnya implementasi budaya keselamatan pasien di rumah sakit. yang pertama adalah melihat tujuan dari pelaksanaan implementasi budaya keselamatan pasien itu sendiri yaitu untuk keselamatan dan keselamatan pasien, pasien terhindar dari cedera dan kejadian tidak diinginkan serta menghindari kesalahan tindakan, kemudian pentingnya implementasi budaya keselamatan pasien ini karena merupakan untuk menjaga mutu pelayanan rumah sakit yang nantinya akan membuat Keselamatan pasien dan untuk acuan sebagai indikator mutu pelayanan rumah sakit, sebagai memaksimalkan pelayanan kepada pasien serta untuk menjaga keselamatan petugas atau perawat dalam bekerja. Kebijakan dari rumah sakit sosialisasi menjadi salah satu kebijakan rumah sakit yang harus di laksanakan, Kelengkapan dan Fasilitas dalam menunjang keselamatan pasien, dan ketersediaan SPO sasaran keselamatan pasien di rumah sakit yang sudah ada, dan Pentingnya budaya keselamatan pasien ini merupakan tuntutan akreditasi rumah sakit yang menjadi sebagai penggunaan standar akreditasi rumah sakit (Gazali, 2023).

Organisasi pelayanan kesehatan perlu mengembangkan budayakeselamatan pasien untuk fokus pada peningkatan keandalan dan keselamatan pasien di masa depan. Budaya keselamatan pasien yang buruk merupakan faktor risiko penting yang dapat mengancam keselamatan pasien. Jika budaya keselamatan pasien di rumah sakit tidak berubah, ancaman

terhadap keselamatan pasien ini tidak dapat diubah (Mustamin et al., 2022).

Penerapan Budaya keselamatan pasien salah satunya berfokus pada manajemen sumber daya manusia dan perilaku kinerja keselamatan pasien yang terdiri dari pengawasan, kedisiplinan individu, dan kepemimpinan yang efektif. Pimpinan mempunyai kekuasaan dalam hal menerapkan sistem pada organisasi, oelh karena itu pemimpin sangat berpengaruh dalam menciptakan atmosfer kerja yang kondusif sebagai salah satu usaha terciptanya budaya keselamatan pasien (Mustamin et al., 2022).

Hasil penelitian Mandriani, E dkk (2019) adalah gambaran budaya keselamatan pasien di RSUD dr Rasidin Padang menunjukkan hanya satu dimensi yang masuk kategori baik yaitu dimensi supervisi dengan persentase sebesar 78%. Dimensi frekuensi pelaporan yang merupakan dimensi yang memiliki persentase respon positif terendah yaitu sebesar 31%. Hambatan dalam pelaksanaan budaya keselamatan pasien ini terdiri dari perilaku dari petugas yang belum membiasakan diri untuk melaksanakan budaya keselamatan pasien dan juga dukungan manajemen dalam pelaksanaan budaya keselamatan pasien itu sendiri seperti respon untuk melengkapi fasilitas yang ada (Nugraheni et al., 2021).

B. Konsep Budaya Keselamatan Pasien

1. Pengertian

Budaya keselamatan pasien adalah produk dari nilai, sikap, kompetensi dan pola perilaku individu dan kelompok yang menentukan komitmen, style dan kemampuan suatu organisasi pelayanan kesehatan terhadap program keselamatan pasien. Jika suatu organisasi pelayanan kesehatan tidak mempunyai budaya keselamatan pasien maka kecelakaan bisa terjadi akibat dari kesalahan laten, gangguan psikologis dan fisiologis pada staff penurunan produktivitas, berkurangnya kepuasan pasien dan menimbulkan konflik interna (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017)

2. Manfaat Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien merupakan hal penting dalam keselamatan pasien, membangun budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk mewujudkan keselamatan pasien secara keseluruhan. Focus pada budaya keselamatan pasien akan lebih berhasil apabila dibandingkan hanya focus pada program keselamatan saja, budaya keselamatan pasien merupakan langkah awal dalam mewujudkan keselamatan pasien. Budaya keselamatan akan membantu organisasi dalam membuat kebijakan tentang keselamatan pasien (Hadi, 2017).

Budaya keselamatan pasien adalah Sifat dan sikap dalam organisasi dan individu yang menekankan pentingnya keselamatan sebagai prioritas utama dalam mencapai tujuan organisasi yang terdiri atas 2 hal yaitu:

- a. Kerangka kerja melalui kebijakan organisasi dan Tindakan manajerial
- b. Tanggapan individu yang bekerja dan memanfaatkan kerangka kerja tersebut

Budaya keselamatan pasien merupakan bagian penting dalam keseluruhan budaya organisasi yang diperlukan dalam istitusi kesehatan. Budaya keselamatan didefinisikan sebagai seperangkat keyakinan, norma, perilaku, peran, dan praktek sosial maupun teknis dalam meminimalkan kejadian yang tak dikehendaki. Budaya keamanan memiliki 4 pengertian utama: Kesadaran (awareness) yang aktif dan konstan tentang potensi terjadinya kesalahan, terbuka dan adil, pendekatan sistem, pembelajaran dari pelaporan insiden (Laoh et al., 2024)

Menurut Irwan Hadi (2017) Manfaat utama dalam budaya keselamatan pasien adalah organisasi menyadari apa yang salah dan pembelajaran terhadap kesalahan

tersebut. Manfaat lain dalam budaya keselamatan pasien antara lain:

- a. Organisasi kesehatan lebih tahu jika ada kesalahan yang akan terjadi atau jika kesalahan telah terjadi
- b. Meingkatnya laporan kejadian yang dibuat dan belajar dari kesalahan yang terjadi akan berpotensi menurunkan kejadian yang sama berulang kembali dan keparahan dari keselamatan pasien.
- c. Kesadaran akan keselamatan pasien, yaitu bekerja untuk mencegah error dan melaporkan jika ada kesalahan
- d. Berkurangnya perawat yang merasa tertekan, bersalah, malu Karen kesalahan yang telah diperbuat
- e. Berkurangnya turn over pasien, karena pasien yang pernah mengalami insiden, pada umumnya akan mengalami perpanjangan hari perawatan dan pengobatan yang diberikan lebih dari pengobatan yang seharusnya diterima pasien
- f. Mengurangi biaya yang diakibatkan oleh kesalahan dan penambahan terapi
- g. Mengurangi sumber daya yang dibutuhkan untuk mengatasi keluhan pasien

Budaya keselamatan pasien menjadi struktur yang dibentuk secara menyeluruh berdasarkan prinsip serta norma yang berlaku pada suatu organisasi untuk mengurangi tindakan yang dapat membahayakan masyarakat sebagai pasien. Budaya keselamatan mencerminkan budaya dimana seluruh anggota organisasi secara konsisten menyadari kebiasaan kerja akan peluang melakukan kesalahan dan berinisiatif menjaga keselamatan pasien). Budaya keselamatan pasien memiliki beberapa aspek atau dimensi, yaitu budaya keterbukaan, pelaporan, keadilan dan pembelajaran (Sany et al., 2025)

Menurut (Laoh et al., 2024) bahwa organisasi kesehatan akan memiliki budaya keselamatan pasien yang positif, jika memiliki dimensi budaya sebagai berikut:

- a. Budaya keterbukaan (open culture). Budaya ini menggambarkan semua staf RS merasa nyaman berdiskusi tentang insiden yang terjadi ataupun topik tentang keselamatan pasien dengan teman satu tim ataupun dengan manajernya. Staf merasa yakin bahwa fokus utama adalah keterbukaan sebagai media pembelajaran dan bukan untuk mencari kesalahan ataupun menghukum. Komunikasi terbuka dapat juga diwujudkan pada saat serah terima pasien, briefing staff maupun morning report.
- b. Budaya keadilan (just culture). Hal tersebut membawa atmosfer “trust” sehingga anggota bersedia dan memiliki motivasi untuk memberikan data dan informasi serta melibatkan pasien dan keluarganya secara adil dalam setiap pengambilan keputusan terapi. Perawat dan pasien diperlakukan secara adil saat terjadi insiden dan tidak berfokus untuk mencari kesalahan individu tetapi lebih mempelajari secara sistem yang mengakibatkan terjadinya kesalahan. Lingkungan terbuka dan adil akan membantu staf membuat pelaporan secara jujur mengenai kejadian yang terjadi dan menjadikan insiden sebagai pelajaran dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien.
- c. Budaya pelaporan (reporting culture). Budaya dimana staf siap untuk melaporkan insiden atau near miss, sehingga dapat dinilai jenis error dan dapat diketahui kesalahan yang biasa dilakukan oleh staf serta dapat diambil tindakan sebagai bahan pembelajaran organisasi. Organisasi belajar dari pengalaman sebelumnya dan mempunyai kemampuan untuk mengidentifikasi faktor risiko terjadinya insiden sehingga dapat mengurangi atau mencegah insiden yang akan terjadi.
- d. Budaya belajar (learning culture). Setiap lini dari organisasi baik sharp end (yang bersentuhan langsung dengan pelayanan) maupun blunt end (manajemen)

menggunakan insiden yang terjadi sebagai proses belajar. Organisasi berkomitmen untuk mempelajari insiden yang telah terjadi, mengkomunikasikan kepada staf dan senantiasa mengingatkan staf.

- e. Budaya informasi (informed culture). Organisasi mampu belajar dari pengalaman masa lalu sehingga memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi dan menghindari insiden yang akan terjadi karena telah belajar dan terinformasi dengan jelas dari insiden yang sudah pernah terjadi, misalnya dari pelaporan kejadian dan investigasi (Laoh et al., 2024).

CONTOH SOAL:

1. Salah satu ciri budaya keselamatan pasien yang kuat adalah...
 - a. Staf takut berbicara karena takut disalahkan
 - b. Insiden selalu disembunyikan agar tidak mencoreng nama baik
 - c. Staf tidak perlu bertanya bila ragu
 - d. Komunikasi terbuka antara semua profesi**
 - e. Fokus pada mencari siapa yang bersalah
2. Budaya keselamatan pasien yang baik di fasilitas kesehatan ditandai dengan...
 - a. Menyalahkan individu yang terlibat dalam kesalahan
 - b. Tidak ada pertemuan evaluasi insiden
 - c. Pembelajaran berkelanjutan dari insiden**
 - d. Pelaporan insiden semakin sedikit
 - e. Staf takut berdiskusi mengenai kesalahan
3. Salah satu tujuan budaya pembelajaran dalam keselamatan pasien adalah...
 - a. Menyalahkan staf yang sering melakukan kesalahan
 - b. Menyembunyikan insiden agar tidak diketahui manajemen
 - c. Menggunakan insiden sebagai sarana perbaikan mutu**
 - d. Menghapuskan seluruh risiko klinis
 - e. Menghindari analisis akar masalah
4. Sikap yang mendukung keterbukaan dalam tim kesehatan adalah...
 - a. Tidak memberikan informasi lengkap pada shift berikutnya
 - b. Menggunakan bahasa yang tidak jelas
 - c. Aktif saling memberi umpan balik terkait risiko**
 - d. Menghindari diskusi dalam tim
 - e. Membiarkan masalah keselamatan tidak dilaporkan
5. Seorang perawat di ruang rawat inap hampir memberikan obat dengan dosis yang salah, namun kesalahan tersebut diketahui sebelum obat diberikan kepada pasien. Kepala ruangan mendorong perawat untuk melaporkan kejadian tersebut tanpa memberikan sanksi.

Budaya keselamatan pasien yang diterapkan pada kasus tersebut adalah:

- a. Budaya menyalahkan (blaming culture)
 - b. Budaya menghukum (punitive culture)
 - c. **Budaya pelaporan (reporting culture)**
 - d. Budaya menutup kesalahan
 - e. Budaya individual
6. Di sebuah Puskesmas, setiap kejadian tidak diharapkan (KTD) dianalisis untuk mencari penyebab sistemik, bukan menyalahkan individu.

Prinsip utama budaya keselamatan pasien pada kasus tersebut adalah:

- a. Fokus pada hasil
 - b. Fokus pada individu
 - c. **Pendekatan sistem**
 - d. Peningkatan produktivitas
 - e. Efisiensi pelayanan
7. Seorang dokter enggan melaporkan kesalahan medis karena takut mendapatkan sanksi dari manajemen rumah sakit. Hambatan utama penerapan budaya keselamatan pasien pada kasus tersebut adalah:
- a. Kurangnya SOP
 - b. **Budaya menyalahkan**
 - c. Kurangnya sumber daya
 - d. Beban kerja tinggi
 - e. Kurangnya pelatihan
8. Seorang perawat melakukan *double check* identitas pasien sebelum pemberian obat, meskipun kondisi ruangan sedang sibuk.

Tindakan tersebut menunjukkan:

- a. Disiplin pribadi
- b. Beban kerja tinggi
- c. **Budaya keselamatan pasien**
- d. Kepatuhan administrative
- e. Pengawasan pimpinan

9. Di ruang rawat inap, seorang perawat junior melihat seniornya tidak melakukan identifikasi pasien sebelum pemberian obat. Perawat junior tersebut menegur secara sopan demi keselamatan pasien.

Perilaku perawat junior tersebut mencerminkan:

- a. Budaya disiplin
 - b. Budaya keselamatan pasien**
 - c. Budaya hierarkis
 - d. Budaya menghukum
 - e. Budaya kompetitif
10. Dalam evaluasi mutu, rumah sakit menemukan sebagian besar insiden terjadi akibat komunikasi antarprofesi yang tidak efektif.

Tindakan paling tepat untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien adalah:

- a. Menambah jam kerja
- b. Memberikan sanksi
- c. Pelatihan komunikasi efektif**
- d. Mengurangi jumlah staf
- e. Membatasi diskusi tim

DAFTAR PUSTAKA

- Elystia Vidia Marselina, Hadi Prayitno, K. I. I. (2023). Dimensi Budaya Keselamatan Pasien dan Insiden Keselamatan Pasien di RS X Kota Malang Elystia Vidia Marselina. *Dimensi Budaya Keselamatan Pasien Dan Insiden Keselamatan Pasien Di RS X Kota Malang*, 14(April), 275–279.
- Gazali, S. A. (2023). Studi Fenomenologi: Implementasi Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit. *Jurnal Kesmas Asclepius*, Volume 5, 250. <https://doi.org/https://doi.org/10.31539/jka.v5i2.7633>
- Hadi, I. (2017). *Manajemen Keselamatan Pasien (Teory dan Aplikasi)* (1st ed., Vol. 1, Issue 3). CV Budi Utama. https://www.google.co.id/books/edition/Buku_Ajar_Manajemen_Keselamatan_Pasien/-FhYEQAAQBAJ?hl=en&gbpv=1&dq=budaya+keselamatan+pasien&pg=PA15&printsec=frontcover
- Laoh, J. M., Marhamah, M., Pd, N. R. S., Sepang, J., Wahyuni, E. S., Lombogia, M., & Agustian, I. (2024). *Manajemen Patient Safety* (H. J. Siagian (ed.)). PT Media Pustaka Indo.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. *Ekp*, 13(3), 27. [file:///C:/Users/user/Downloads/Pedoman AUTP 2017.pdf%0D](file:///C:/Users/user/Downloads/Pedoman_AUTP_2017.pdf%0D)
- Mustamin, A. Y., Pratama, Y. Y., Mohamad, S. W., Putri, T. E., Marwati, T. A., & Sulistyawati, S. (2022). Analisis Budaya Keselamatan Pasien Di Klinik Pratama: Literature Review. *Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia*, 18(2), 427–433. <https://doi.org/10.37058/jkki.v18i2.4520>
- Nugraheni, S. W., Yuliani, N., & Veliana, A. D. (2021). Pelaksanaan budaya keselamatan pasien dan insiden di rumah sakit. *Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional, 2018*, 290–295.

- Panggalih, D., Sekar, S., Mandalia, A., Susanti, E., & Yunita, A. (2023). Efektifitas Edukasi Budaya Keselamatan Terhadap Penerapan Keselamatan Pasien Effectiveness of Safety Culture Education on Patient Safety Implementation. *Jengala*, 2(2), 38–48.
- Sany, F., Lumbantobing, V., Thamrin, M. H., Publik, I. A., Utara, U. S., Utara, S., Publik, I. A., Utara, U. S., & Utara, S. (2025). *Implementasi Tata Laksana Budaya Keselamatan Pasien Dalam Pelayanan Kesehatan Di Puskesmas Merek Kabupaten Karo*. 2(4), 242–247.

BIODATA PENULIS



Mukhlis, Kep., Ns., M. Kep. lahir di Sumboe Buga, pada 18 Oktober 1988. Menyelesaikan pendidikan S1, Ners (2011) dan S2 (2023) di Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala. Pengalaman Kerja: Dosen di Jurusan Keperawatan STIKes Jabal Ghafur, 2023-sampai saat ini. Tugas tambahan sebagai Kepala Bidang Administrasi Akademik di STIKes Jabal Ghafur dan Evaluasi 2013-sekarang.

Email:

mukhlis.ners@gmail.com

BAB 4

Etika dan Hukum dalam Keselamatan Pasien

Ns. Masri, S.Kep., M.Kep

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

CPMK 1 : Setelah mengikuti mata kuliah *Etika dan Hukum dalam Keselamatan Pasien*, mahasiswa mampu memahami, menganalisis, dan menerapkan prinsip etika dan hukum kesehatan dalam upaya keselamatan pasien secara profesional, bertanggung jawab, dan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Sub-CPMK : Mahasiswa mampu:

1.
 1. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep dasar etika kesehatan dan keselamatan pasien, meliputi prinsip etika (autonomy, beneficence, non-maleficence, justice) serta budaya keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan.
 2. Mahasiswa mampu mengidentifikasi regulasi dan aspek hukum yang berkaitan dengan keselamatan pasien, termasuk hak dan kewajiban pasien serta tenaga kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan di Indonesia.
 3. Mahasiswa mampu menganalisis permasalahan etika dan hukum yang terjadi dalam praktik pelayanan kesehatan

- melalui studi kasus insiden keselamatan pasien.
4. Mahasiswa mampu menerapkan prinsip etika dan hukum dalam pengambilan keputusan profesional untuk mencegah dan menangani kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), dan kejadian sentinel.
 5. Mahasiswa mampu menunjukkan sikap profesional, tanggung jawab, dan kepatuhan hukum dalam praktik keselamatan pasien, termasuk pelaporan insiden dan perlindungan hak pasien.

A. Pendahuluan

Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan pilar utama dalam sistem pelayanan kesehatan yang bermutu. Berbagai laporan nasional dan internasional menunjukkan bahwa insiden keselamatan pasien, baik berupa kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), maupun kejadian sentinel, masih sering terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan (Ahid, 2014). Insiden tersebut tidak hanya berdampak pada keselamatan dan kualitas hidup pasien, tetapi juga menimbulkan konsekuensi etika, hukum, sosial, dan ekonomi yang signifikan (Widjaja & Sijabat, 2025).

Dalam praktik pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan dituntut tidak hanya memiliki kompetensi klinis, tetapi juga kemampuan mengambil keputusan yang tepat berdasarkan prinsip etika dan ketentuan hukum (Kasenda & Mambu, 2025). Ketidaktahuan atau kelalaian dalam menerapkan etika dan hukum dapat berujung pada pelanggaran hak pasien, menurunnya kepercayaan masyarakat, serta timbulnya sengketa hukum dan tuntutan profesional (Panggalih et al., 2023).

Etika berfungsi sebagai landasan moral yang membimbing tenaga kesehatan dalam menentukan tindakan yang benar dan bertanggung jawab, sedangkan hukum memberikan batasan normatif yang bersifat mengikat dan memiliki konsekuensi sanksi (Rohman et al., 2024). Keduanya memiliki peran yang saling melengkapi dalam menjamin keselamatan pasien. Namun, dalam praktiknya, masih banyak tenaga kesehatan dan mahasiswa kesehatan yang belum memahami secara utuh keterkaitan antara etika, hukum, dan keselamatan pasien (Akbar, 2021).

Selain itu, perkembangan ilmu pengetahuan, teknologi kesehatan, serta kompleksitas pelayanan kesehatan modern turut meningkatkan potensi terjadinya dilema etika dan permasalahan hukum. Penggunaan teknologi medis canggih, sistem pelayanan berbasis tim, serta tuntutan efisiensi sering kali menghadirkan tantangan dalam menjaga keselamatan pasien secara optimal (Kenanga et al., 2020).

Oleh karena itu, diperlukan pemahaman yang komprehensif dan aplikatif mengenai etika dan hukum dalam keselamatan pasien sebagai bekal bagi calon tenaga kesehatan maupun praktisi.

Buku ini disusun sebagai upaya untuk memberikan pemahaman yang menyeluruh mengenai konsep, prinsip, serta penerapan etika dan hukum dalam keselamatan pasien. Materi disajikan secara sistematis, kontekstual, dan dilengkapi dengan contoh kasus yang sering ditemui dalam praktik pelayanan kesehatan, sehingga diharapkan mampu menjembatani kesenjangan antara teori dan praktik.

B. Etika dan Hukum dalam Keselamatan Pasien

1. Konsep Etika Dalam Pelayanan Kesehatan

a. Pengertian

Etika dalam pelayanan kesehatan adalah sekumpulan nilai, prinsip moral, dan norma profesional yang menjadi pedoman bagi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien, keluarga, dan masyarakat. Etika berfungsi untuk membantu tenaga

kesehatan menentukan tindakan yang benar, adil, dan bertanggung jawab dalam setiap situasi pelayanan kesehatan (Jafar & Aisyah, 2022).

Etika pelayanan kesehatan menekankan penghormatan terhadap martabat manusia, hak pasien, dan tanggung jawab profesional, serta bertujuan untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan diberikan secara manusiawi, bermutu, dan berorientasi pada keselamatan pasien (Gosal et al., 2022).

b. Prinsip-Prinsip Etika Kesehatan (Susiarno, 2023)

Empat prinsip utama etika kesehatan:

- 1) *Autonomy* - menghormati hak pasien dalam mengambil keputusan
- 2) *Beneficence* - berbuat baik demi kepentingan pasien
- 3) *Non-Maleficence* - tidak merugikan atau membahayakan pasien
- 4) *Justice* - keadilan dalam pelayanan kesehatan

2. Kode Etik Profesi Kesehatan

1. Kode etik merupakan pedoman perilaku profesional yang wajib dipatuhi oleh tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien, sejawat, dan masyarakat.

3. Konsep Dasar Hukum Kesehatan

a. Pengertian Hukum Kesehatan

Hukum kesehatan adalah keseluruhan ketentuan hukum yang mengatur penyelenggaraan pelayanan kesehatan, yang meliputi hubungan hukum antara pasien, tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, dan pemerintah, dengan tujuan untuk melindungi hak dan kewajiban para pihak serta menjamin keselamatan pasien dan mutu pelayanan kesehatan (Rohman et al., 2024).

Secara konseptual, hukum kesehatan merupakan cabang dari ilmu hukum yang bersifat multidisipliner karena mengintegrasikan aspek hukum publik dan hukum privat. Hukum kesehatan tidak hanya mengatur tindakan medis, tetapi juga mencakup kebijakan kesehatan, standar

pelayanan, tanggung jawab profesional, serta mekanisme penyelesaian sengketa dalam pelayanan kesehatan (Busyairi et al., 2014).

Dalam praktiknya, hukum kesehatan berfungsi sebagai instrumen pengendali dan pengawasan terhadap pelayanan kesehatan agar dilaksanakan sesuai dengan norma hukum, etika profesi, dan standar keselamatan pasien. Dengan demikian, hukum kesehatan berperan penting dalam menciptakan kepastian hukum, keadilan, dan perlindungan hukum bagi pasien maupun tenaga kesehatan (Welembuntu & Gobel, 2020).

Hukum kesehatan juga berkaitan erat dengan prinsip keselamatan pasien (*patient safety*). Setiap tindakan pelayanan kesehatan harus dilakukan berdasarkan standar profesi, standar prosedur operasional, serta peraturan perundang-undangan yang berlaku untuk mencegah terjadinya kesalahan medis dan kejadian tidak diharapkan. Apabila terjadi pelanggaran, hukum kesehatan menjadi dasar untuk menentukan bentuk pertanggungjawaban, baik secara administratif, perdata, maupun pidana (Rohman et al., 2024).

2. Selain itu, hukum kesehatan mencerminkan komitmen negara dalam menjamin hak masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Oleh karena itu, pemahaman hukum kesehatan menjadi kebutuhan penting bagi tenaga kesehatan agar mampu menjalankan praktik profesional secara bertanggung jawab, beretika, dan sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

b. Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan di Indonesia

3. Beberapa regulasi penting:

- 1) Undang-Undang Kesehatan
- 2) Undang-Undang Tenaga Kesehatan
- 3) Undang-Undang Rumah Sakit
- 4) Peraturan Menteri Kesehatan tentang Keselamatan Pasien

c. Tanggung Jawab Hukum Tenaga Kesehatan

4. Tenaga kesehatan dapat dimintai pertanggungjawaban secara:

- 1) Administratif
- 2) Perdata
- 3) Pidana

apabila terjadi pelanggaran hukum atau kelalaian yang merugikan pasien.

4. Keselamatan Pasien (Patient Safety)

a. Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem dalam pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk mencegah terjadinya cedera, kesalahan, dan kejadian tidak diharapkan pada pasien akibat tindakan medis maupun nonmedis (Maikel et al., 2024). Keselamatan pasien mencakup upaya identifikasi, pencegahan, dan pengelolaan risiko yang timbul selama proses pelayanan kesehatan agar asuhan yang diberikan berlangsung secara aman dan bermutu (Mona & Kurniawan, 2022).

Keselamatan pasien tidak hanya berfokus pada individu tenaga kesehatan, tetapi juga pada sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan, termasuk kebijakan, prosedur, lingkungan kerja, komunikasi, dan budaya organisasi (Nazirah & Yuswardi, 2017).

b. Sasaran Keselamatan Pasien, meliputi:

- 1) Identifikasi pasien dengan benar
- 2) Komunikasi efektif
- 3) Keamanan obat
- 4) Kepastian lokasi, prosedur, dan pasien operasi
- 5) Pencegahan infeksi
- 6) Pencegahan pasien jatuh

5. Budaya Keselamatan Pasien

Budaya keselamatan pasien menekankan keterbukaan, pelaporan insiden, pembelajaran dari kesalahan, dan tidak menyalahkan individu (*no blame culture*).

6. Etika Dan Hukum Dalam Keselamatan Pasien.
 - a. Hubungan Etika dan Hukum

Etika dan hukum saling melengkapi. Etika bersifat normatif, sedangkan hukum bersifat mengikat dan memiliki sanksi.
 - b. Informed Consent

Informed consent adalah persetujuan tindakan medis yang diberikan pasien setelah memperoleh penjelasan yang lengkap, jujur, dan dapat dipahami.
 - c. Rekam Medis dan Kerahasiaan Pasien

Rekam medis merupakan dokumen hukum yang wajib dijaga kerahasiaannya dan digunakan sebagai alat bukti bila terjadi sengketa hukum.
 - d. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Pelaporan insiden bertujuan untuk:

 - 1) Mencegah kejadian berulang
 - 2) Meningkatkan mutu pelayanan
 - 3) Melindungi pasien dan tenaga kesehatan

Contoh Studi Kasus Etika Dan Hukum Keselamatan Pasien (Contoh Kasus)

1. Seorang pasien mengalami cedera akibat kesalahan pemberian obat oleh perawat. Kesalahan tersebut tidak dilaporkan karena takut mendapat sanksi.

Analisis Etika dan Hukum:

- Pelanggaran prinsip non-maleficence
 - Kewajiban pelaporan insiden
 - Tanggung jawab profesional
 - Perlunya budaya keselamatan pasien
2. Soal Pilihan Ganda
Prinsip etika yang menekankan penghormatan terhadap hak pasien dalam mengambil keputusan disebut...
 - a. Beneficenc
 - b. Justice
 - c. *Autonomy*
 - d. Non-maleficence
 3. Dokumen hukum yang mencatat seluruh pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien adalah...
 - a. Informed consent
 - b. *Rekam medis*
 - c. Laporan insiden

DAFTAR PUSTAKA

- Ahid, A. M. (2014). Peran Aspek Etika Tenaga Medis Dalam Penerapan Budaya Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit. *Suplemen Majalah Kedokteran Andalas*, 37(1), 69–74.
- Akbar. (2021). DOI: <http://dx.doi.org/10.33846/sf12309> Efektivitas Penerapan Pasien Safety Terhadap Peningkatan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Akbar Nur. *Jurnal Penelitian Kesehatan "SUARA FORIKES" (Journal of Health Research "Forikes Voice")*, 12(3), 265–268. <http://forikes-ejournal.com/ojs-2.4.6/index.php/SF/article/view/sf12309>
- Busyairi, M., Tosungku, L. O. A. S., & Oktaviani, A. (2014). The Impact of Health and Safety to Employee Productivity. *Jurnal Ilmiah Teknik Industri*, 13(2), 112–124. <http://journals.ums.ac.id/index.php/jiti/article/download/629/369>
- Gosal, V. H. R., Manampiring, A. E., & Waha, C. (2022). Perilaku Profesional Tenaga Medis terhadap Tanggung Jawab Etik dan Transaksi Terapeutik dalam Menjalankan Kewenangan Klinis. *Medical Scope Journal*, 4(1), 1. <https://doi.org/10.35790/msj.v4i1.41689>
- Jafar, M., & Aisyah, D. (2022). *Muslim Jafar 1*, *Devvy Aisyah 2*, *Amrina 3*. 2338(1), 13–34.
- Kasenda, E., & Mambu, I. R. (2025). Literature Review: Dilema Etis Dan Legal Dalam Penerapan Teknologi Medis Dalam Perawatan Pasien. *Klabat Journal of Nursing*, 7(2), 144–150. <https://doi.org/10.37771/kjn.v7i2.1315>
- Kenanga, V., Wangi, N. A. N., Bahiroh, E., & Imron, A. L. I. (2020). Dampak Kesehatan Dan Keselamatan Kerja, Beban Kerja, Dan Lingkungan Kerja Fisik Terhadap Kinerja Karyawan pada PT.Arwana Citra Mulia Tbk. *Jurnal Manajemen Bisnis*, 7(1), 40–50.
- Maikel, M. P., Jak, Y., & Hutapea, F. (2024). Peran Komite Etik dan Hukum Rumah Sakit Dalam Peningkatan Mutu Pelayanan, Keselamatan Pasien, dan Penyelesaian Sengketa Medik Di Rumah Sakit Syarif Hidayatullah

- Tahun 2023. *Journal Of The Indonesian Medical Association*, 74(4), 183–189. <https://doi.org/10.47830/jinma-vol.74.4-2024-1482>
- Mona, M., & Kurniawan, I. S. (2022). Pengaruh Motivasi Kerja, Lingkungan Kerja, dan Keselamatan Kerja terhadap Kinerja Karyawan Dinas Transmigrasi dan Ketenagakerjaan Kota Yogyakarta. *Jurnal Manajemen*, 14(1), 165–170. <https://doi.org/10.29264/jmmn.v14i1.10873>
- Nazirah, R., & Yuswardi. (2017). Perilaku perawat, manajemen kesehatan dan keselamatan kerja (K3). *Idea Nursing Journal*, VIII(3), 1–6.
- Panggalih, D., Sekar, S., Mandalia, A., Susanti, E., & Yunita, A. (2023). Efektifitas Edukasi Budaya Keselamatan Terhadap Penerapan Keselamatan Pasien Effectiveness of Safety Culture Education on Patient Safety Implementation. *Jengala*, 2(2), 38–48.
- Rohman, A., Syafruddin, & Silviana, A. (2024). Etika Hukum Kesehatan: Risiko Pelayanan Medis dan Upaya Mewujudkan Keadilan Restoratif. *Proceeding Masyarakat Hukum Kesehatan Indonesia*, 1(01), 64–73. <https://rumah-jurnal.com/index.php/pmhki/article/view/192>
- Susiarno, H. (2023). Etika Klinik sebagai Ciri dari Profesionalisme dalam Pelayanan Obstetri dan Ginekologi. *Indonesian Journal of Obstetrics & Gynecology Science*, 6(3), 319. <https://doi.org/10.24198/obgynia.v6i3.593>
- Welembuntu, M., & Gobel, I. (2020). Hubungan Pendidikan Status Kepegawaian Dan Lama Kerja Dengan Kinerja Perawat Melaksanakan Asuhan Keperawatan. *Jurnal Ilmiah Sesebanua*, 4(1), 21–30. <https://doi.org/10.54484/jis.v4i1.293>
- Widjaja, G., & Sijabat, H. H. (2025). Etika Profesi Dan Perlindungan Hukum: Studi Pada Praktik Medis Di Indonesia. *JK: Jurnal Kesehatan*, 3(5), 273–283.

BIODATA PENULIS



Ns. Masri, S.Kep., M.Kep lahir di Meunasah Paga, pada 02 September 1987. Penulis menempuh pendidikan D3 Keperawatan Jabal Ghafur (Tamat tahun 2009), S1 Keperawatan dan Profesi Ners di STIKes Medika Nurul Islam Sigli (Tamat tahun 2017). Selanjutnya Penulis melanjutkan pendidikan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Syiah Kuala (USK) Banda Aceh dengan konsentrasi Keperawatan Manajemen (Tamat tahun 2023). Riwayat Pekerjaan penulis pernah bekerja di Rumah Sakit Daerah Dan Juga Sebagai Perawat Wound Care & Home Care Sampai saat ini penulis sebagai Dosen Tetap di Jurusan Keperawatan STIKes Jabal Ghafur.

BAB 5

Manajemen Risiko dalam Keselamatan Pasien

Dr. Rusli Taher, S.Kep., Ns., M.Kes

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

CPMK 1 : Mahasiswa mampu menganalisis dan menerapkan prinsip manajemen risiko keselamatan pasien secara komprehensif berbasis bukti untuk meningkatkan mutu dan keamanan pelayanan keperawatan dewasa.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Sub-CPMK 1 : Mahasiswa mampu:

1. Mengidentifikasi dan menganalisis berbagai risiko keselamatan pasien menggunakan metode analisis risiko yang tepat.
2. Mahasiswa mampu merancang, menerapkan, dan mengevaluasi strategi pencegahan risiko serta tindak lanjut keselamatan pasien sesuai standar pelayanan.

A. Identifikasi dan Analisis Risiko

Identifikasi dan analisis risiko merupakan tahap awal yang sangat penting dalam manajemen risiko keselamatan pasien karena menentukan keberhasilan langkah-langkah pencegahan berikutnya. Menurut WHO (2021), identifikasi risiko bertujuan untuk mengenali semua potensi bahaya yang dapat menyebabkan cedera atau kerugian bagi pasien selama proses perawatan. Dalam konteks keperawatan dewasa lanjutan,

proses ini menjadi semakin kompleks karena pasien dewasa sering memiliki kondisi komorbid, ketergantungan alat medis, dan tingkat kerentanan yang lebih tinggi terhadap insiden seperti infeksi, jatuh, atau kesalahan obat. Oleh karena itu, perawat harus memiliki keterampilan melakukan pengamatan sistematis, mengkaji riwayat klinis pasien, dan memanfaatkan data objektif untuk menemukan potensi risiko sejak awal proses asuhan keperawatan.

Proses identifikasi risiko juga melibatkan pengumpulan informasi dari berbagai sumber, termasuk catatan medis, hasil pemeriksaan laboratorium, komunikasi antar-profesi, serta observasi langsung terhadap lingkungan pelayanan. Joint Commission International (JCI, 2022) menekankan bahwa identifikasi risiko harus dilakukan secara komprehensif dan terus-menerus selama pasien menjalani perawatan, karena risiko dapat berubah seiring perkembangan kondisi klinis. Misalnya, pasien yang awalnya stabil dapat mengalami perubahan status fisiologis yang meningkatkan risiko jatuh atau komplikasi lain jika tidak diidentifikasi secara dini. Dengan demikian, identifikasi risiko bukan sekadar kegiatan administratif, melainkan bagian integral dari praktik keperawatan profesional.

Setelah risiko berhasil diidentifikasi, tahap berikutnya adalah analisis risiko, yaitu menentukan tingkat keparahan dan kemungkinan terjadinya risiko tersebut. Analisis risiko biasanya menggunakan pendekatan matriks risiko (*risk matrix*) untuk memetakan risiko berdasarkan dua dimensi utama: probabilitas dan dampak. Menurut Kemenkes RI (2020), analisis risiko perlu dilakukan untuk memprioritaskan risiko mana yang memerlukan intervensi segera dan mana yang dapat ditangani melalui strategi jangka panjang. Misalnya, kesalahan obat dengan dampak tinggi meskipun probabilitasnya rendah tetap menjadi prioritas karena konsekuensinya dapat mengancam nyawa.

Dalam praktik keperawatan, teknik analisis akar masalah (*Root Cause Analysis / RCA*) sering digunakan untuk memahami penyebab mendasar dari suatu insiden. Reason (2020) melalui

Swiss Cheese Model menjelaskan bahwa insiden keselamatan pasien umumnya bukan akibat kesalahan individu, tetapi akibat kelemahan sistem yang terjadi secara berlapis. Oleh karena itu, analisis risiko tidak hanya menilai apa yang terjadi, tetapi juga mengapa hal itu bisa terjadi, termasuk faktor manusia, komunikasi, lingkungan kerja, beban kerja, dan kegagalan prosedur. Pendekatan ini memastikan bahwa tindakan korektif yang dilakukan tidak hanya memperbaiki gejala, tetapi juga memperbaiki akar penyebabnya.

Selain itu, analisis risiko juga harus melibatkan budaya pelaporan insiden yang bersifat non-punitif. Hal ini penting karena banyak risiko tidak teridentifikasi akibat tenaga kesehatan merasa takut melapor kesalahan atau *near miss*. Sammer et al. (2020) menegaskan bahwa lingkungan kerja yang mendukung keterbukaan dan pembelajaran dari insiden akan meningkatkan kemampuan organisasi untuk mengidentifikasi risiko lebih cepat dan lebih akurat. Perawat dewasa lanjutan memiliki peran sentral dalam proses ini karena mereka berada paling dekat dengan pasien dan berinteraksi secara langsung dengan sistem pelayanan.

Secara keseluruhan, identifikasi dan analisis risiko merupakan fondasi penting dalam menciptakan sistem pelayanan kesehatan yang aman, efektif, dan siap menghadapi potensi ancaman terhadap keselamatan pasien. Dengan mengintegrasikan metode identifikasi dini, pendekatan analisis berbasis bukti, serta budaya keselamatan yang kuat, perawat dewasa lanjutan mampu meningkatkan mutu pelayanan sekaligus mencegah terjadinya insiden yang dapat merugikan pasien. Hal ini menunjukkan bahwa manajemen risiko bukan sekadar tanggung jawab administratif, tetapi bagian strategis dari praktik keperawatan profesional berbasis keselamatan.

B. Strategi Pencegahan Risiko

Strategi pencegahan risiko dalam keselamatan pasien merupakan upaya sistematis yang bertujuan untuk meminimalkan kemungkinan terjadinya insiden yang merugikan selama proses pelayanan kesehatan. WHO (2021)

menegaskan bahwa pencegahan risiko adalah komponen utama dalam keselamatan pasien karena biaya terbesar dalam pelayanan kesehatan modern berasal dari insiden yang sebenarnya dapat dicegah. Dalam konteks keperawatan dewasa lanjutan, strategi pencegahan risiko sangat penting karena pasien dewasa sering memiliki gangguan kronis, keterbatasan mobilitas, dan kebutuhan perawatan kompleks yang meningkatkan peluang terjadinya kesalahan medis, infeksi nosokomial, atau cedera lain. Oleh karena itu, pencegahan risiko harus diterapkan melalui pendekatan multidimensi, mencakup aspek prosedural, lingkungan, komunikasi, serta peningkatan kapasitas tenaga kesehatan.

Penerapan **b** merupakan strategi utama dalam mencegah risiko. SOP berfungsi sebagai pedoman kerja terstandar yang memastikan semua tindakan klinis dilakukan sesuai bukti ilmiah dan praktik terbaik. JCI (2022) menyatakan bahwa kepatuhan terhadap SOP dapat menurunkan kejadian *adverse events* hingga 40% di berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Dalam praktik keperawatan dewasa, SOP sangat penting dalam proses pemberian obat, pemasangan infus, tindakan invasif, pencegahan tekanan luka (*pressure injury*), serta perawatan pasien dengan ventilator. Ketidakpatuhan terhadap SOP sering menjadi akar masalah berbagai insiden keselamatan, sehingga audit kepatuhan dan pembaruan SOP harus dilakukan secara berkala.

Selain SOP, strategi pencegahan risiko juga melibatkan optimalisasi komunikasi efektif antar tenaga kesehatan. Model komunikasi SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) telah direkomendasikan oleh WHO dan Kemenkes RI sebagai metode komunikasi standar yang mampu mengurangi kesalahan transfer informasi antarshift dan antarprofesi (Kemenkes, 2020). Studi yang dilakukan Sammer et al. (2021) menunjukkan bahwa penerapan SBAR meningkatkan akurasi komunikasi klinis dan menurunkan risiko misinterpretasi data yang dapat menyebabkan kesalahan pengambilan keputusan. Dalam keperawatan dewasa lanjutan,

komunikasi efektif sangat penting terutama pada kondisi pasien kritis, perawatan pascaoperasi, dan manajemen pasien dengan penyakit multisistem.

Lingkungan fisik pelayanan kesehatan juga merupakan faktor penting dalam strategi pencegahan risiko. Modifikasi lingkungan seperti penggunaan *side rails* pada tempat tidur, pemasangan lantai antiselip, penempatan alarm pada perangkat medis, serta pengaturan pencahayaan telah terbukti menurunkan kejadian jatuh pada pasien dewasa (AHRQ, 2020). Selain itu, pembersihan lingkungan secara teratur merupakan bagian dari strategi pencegahan infeksi, terutama bagi pasien dengan imunitas rendah atau yang menjalani prosedur invasif. Implementasi *infection prevention and control* (IPC) seperti kebersihan tangan, penggunaan alat pelindung diri (APD), serta sterilisasi alat medis merupakan pendekatan penting untuk mencegah infeksi nosokomial, sesuai pedoman WHO (2021).

Strategi pencegahan risiko juga mencakup pendidikan dan pelatihan berkala kepada tenaga kesehatan. Tenaga kesehatan yang terlatih memiliki kemampuan lebih baik dalam mengenali tanda-tanda risiko, melakukan tindakan tepat, dan merespons insiden secara cepat. Menurut Green & Tones (2020), keberhasilan pencegahan risiko sangat bergantung pada kompetensi SDM, termasuk kemampuan klinis, keterampilan komunikasi, serta pemahaman terhadap budaya keselamatan. Pelatihan simulasi risiko seperti *mock code*, pelatihan pencegahan jatuh, serta simulasi penanganan pasien kritis dapat meningkatkan kesiapan tenaga kesehatan dalam menghadapi situasi berisiko tinggi.

Selain itu, strategi pencegahan risiko melibatkan penciptaan budaya keselamatan (*safety culture*) dalam organisasi pelayanan kesehatan. Budaya keselamatan adalah kondisi di mana semua tenaga kesehatan merasa bertanggung jawab terhadap keselamatan pasien dan berani melaporkan insiden tanpa rasa takut mendapat hukuman. Reason (2020) menjelaskan bahwa budaya keselamatan kuat dapat mengurangi insiden karena mendorong pembelajaran bersama dan

perbaikan sistem. Dalam keperawatan dewasa lanjutan, budaya keselamatan sangat penting karena perawat merupakan profesi dengan kontak paling intens dengan pasien dan berperan besar dalam mendeteksi tanda bahaya sejak dini.

Secara keseluruhan, strategi pencegahan risiko merupakan kombinasi antara intervensi prosedural, komunikasi efektif, penguatan budaya keselamatan, dan peningkatan kapasitas tenaga kesehatan. Dengan menerapkan pendekatan komprehensif ini, fasilitas pelayanan kesehatan dapat menciptakan lingkungan yang lebih aman, efektif, dan responsif terhadap kebutuhan pasien dewasa. Strategi ini tidak hanya menurunkan angka insiden, tetapi juga meningkatkan kualitas layanan dan kepuasan pasien secara keseluruhan.

C. Implementasi Sistem Pelaporan Insiden

Implementasi sistem pelaporan insiden merupakan komponen utama dalam menjaga keselamatan pasien karena memungkinkan fasilitas kesehatan untuk menangkap, mencatat, dan mengevaluasi insiden yang terjadi selama pelayanan. Sistem ini memberikan mekanisme struktural agar setiap kejadian yang berpotensi membahayakan pasien dapat diketahui lebih awal sehingga mendorong perbaikan berbasis data. Menurut Pramesti (2021), pelaporan insiden merupakan langkah awal dalam siklus manajemen risiko klinis karena menjadi dasar pengambilan keputusan berbasis bukti.

Sistem pelaporan insiden yang efektif harus bersifat non-punitive, yakni tidak menyalahkan pemberi layanan kesehatan yang melapor. Budaya tidak menyalahkan sangat penting agar tenaga kesehatan merasa aman dalam melaporkan insiden tanpa rasa takut mendapat hukuman administratif. Penelitian oleh Kurniawan & Yusuf (2020) menegaskan bahwa rasa takut akan sanksi merupakan hambatan terbesar dalam keberhasilan pelaporan insiden.

Implementasi pelaporan insiden juga harus bersifat mudah diakses dan sederhana, baik secara manual maupun digital. Kemudahan akses mempengaruhi jumlah insiden yang berhasil direkam oleh fasilitas kesehatan. Studi yang dilakukan

oleh Lestari (2022) menyebutkan bahwa sistem yang terlalu rumit membuat tenaga kesehatan enggan melapor meskipun insiden tersebut cukup signifikan.

Sistem pelaporan insiden mencakup beberapa jenis laporan seperti near miss, kejadian tidak diharapkan, dan kejadian sentinel yang wajib ditindaklanjuti secara komprehensif. Setiap kategori memiliki mekanisme pelaporan dan analisis yang berbeda. Menurut Permana (2020), pengkategorian ini penting agar prioritas penanganan dapat ditetapkan dengan tepat.

Pemanfaatan teknologi informasi, seperti aplikasi pelaporan elektronik, telah meningkatkan efektivitas pelaporan insiden secara signifikan. Digitalisasi membuat proses lebih cepat, akurat, dan terdokumentasi dengan baik. Riset oleh Ramadhani (2023) menunjukkan bahwa sistem digital meningkatkan angka pelaporan hingga 40% dalam satu tahun implementasi.

Pelaporan insiden tidak hanya mencatat kejadian, tetapi juga mengumpulkan data faktor penyebab seperti kondisi organisasi, beban kerja, dan kesalahan komunikasi. Identifikasi faktor penyebab ini membantu organisasi memahami akar masalah secara lebih menyeluruh. Hasil penelitian oleh Andini (2021) mendukung bahwa analisis faktor penyebab berkaitan erat dengan peningkatan mutu pelayanan.

Semua laporan insiden harus dianalisis menggunakan metode ilmiah seperti RCA (Root Cause Analysis) atau FMEA (Failure Mode and Effect Analysis). Metode-metode ini membantu mengidentifikasi penyebab mendasar dan merancang strategi perbaikan yang tepat sasaran. Seperti yang dikemukakan Harahap (2020), RCA dapat mencegah insiden berulang hingga 60%.

Pelaporan insiden harus dilengkapi dengan sistem umpan balik kepada pelapor sebagai bentuk apresiasi dan pemenuhan tanggung jawab organisasi. Tanpa umpan balik, tenaga kesehatan tidak akan melihat manfaat langsung dari

pelaporan yang mereka lakukan. Menurut Dewi (2022), umpan balik yang baik meningkatkan motivasi pelaporan sebesar 30%.

Agar pelaporan insiden berjalan optimal, perlu adanya pelatihan berkala bagi tenaga kesehatan mengenai cara melapor, pengenalan jenis insiden, serta pemahaman pentingnya keselamatan pasien. Pelatihan terbukti meningkatkan akurasi dan jumlah laporan. Hal ini diperkuat oleh riset Mulyani (2021) yang menyatakan bahwa pelatihan meningkatkan pengetahuan pelaporan insiden secara signifikan.

Kepemimpinan rumah sakit memiliki peran sentral dalam menciptakan lingkungan pelaporan yang aman. Tanpa dukungan manajemen, sistem pelaporan cenderung tidak berfungsi atau hanya berjalan formalitas. Studi Situmorang (2023) menekankan bahwa komitmen pimpinan menentukan keberhasilan implementasi 70% dari keseluruhan program keselamatan pasien.

Implementasi sistem pelaporan insiden harus selaras dengan standar akreditasi rumah sakit seperti SNARS atau JCI yang mewajibkan fasilitas kesehatan memiliki mekanisme pelaporan dan investigasi insiden. Kesesuaian dengan standar ini tidak hanya meningkatkan keselamatan pasien, tetapi juga kualitas layanan secara keseluruhan. Menurut Wicaksana (2020), integrasi dengan standar akreditasi memperkuat budaya keselamatan.

Transparansi dalam pelaporan sangat penting untuk menanamkan kepercayaan publik terhadap rumah sakit. Meskipun laporan internal bersifat rahasia, agregat data insiden dapat digunakan untuk publikasi internal sebagai bentuk edukasi. Penelitian oleh Aisyah (2021) menunjukkan bahwa transparansi meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap fasilitas kesehatan.

Tantangan terbesar dalam implementasi pelaporan insiden adalah resistensi dari tenaga kesehatan yang merasa bahwa pelaporan menambah beban administratif. Oleh karena itu, sistem harus dirancang dengan hemat waktu dan prosedur yang efisien. Menurut Putra (2022), desain sistem yang

sederhana menurunkan resistensi tenaga kesehatan secara signifikan.

Fasilitas kesehatan perlu menyediakan tim khusus seperti Patient Safety Team yang bertanggung jawab atas pengelolaan laporan, analisis insiden, dan penyampaian rekomendasi perbaikan. Tim ini juga berfungsi sebagai fasilitator komunikasi antarunit. Hal ini diperkuat oleh riset Nugroho (2021) yang menyebutkan bahwa keberadaan tim efektif meningkatkan kualitas tindak lanjut insiden.

Implementasi sistem pelaporan insiden memerlukan integrasi antara unit gawat darurat, rawat inap, rawat jalan, dan unit pendukung lainnya agar insiden dari seluruh area pelayanan dapat tercatat dengan baik. Ketidakterpaduan antarunit dapat menyebabkan keterlambatan identifikasi insiden. Studi oleh Marlina (2023) menekankan pentingnya integrasi lintas-unit dalam keselamatan pasien.

Hasil pelaporan insiden harus digunakan sebagai dasar dalam pengambilan keputusan strategis rumah sakit, seperti revisi SOP, penyediaan alat medis, dan perbaikan alur kerja. Penggunaan data untuk kebijakan ini disebut data-driven improvement. Menurut Fauziah (2021), kebijakan berbasis data insiden terbukti lebih efektif dibanding kebijakan berbasis asumsi.

Analisis tren insiden secara berkala memungkinkan rumah sakit memetakan pola risiko yang berulang dan merancang intervensi jangka panjang. Misalnya, insiden terkait medication error dapat menunjukkan perlunya pembaruan sistem dispensing. Penelitian oleh Sari (2020) mendukung pentingnya pemantauan tren sebagai bagian dari peningkatan mutu.

Pelaporan insiden juga bermanfaat sebagai alat pembelajaran bagi seluruh staf melalui diskusi kasus, workshop keselamatan, dan simulasi penanganan insiden. Transfer pengetahuan dari kasus nyata dianggap lebih efektif dibandingkan pembelajaran teoretis semata. Hal ini dikuatkan oleh penelitian Widodo (2022).

Dalam implementasi pelaporan insiden, aspek kerahasiaan informasi sangat penting untuk menjaga reputasi tenaga kesehatan dan mencegah konflik internal. Sistem harus menjamin anonimitas pelapor untuk meningkatkan keamanan psikologis. Menurut Damayanti (2021), anonimitas merupakan faktor kunci keberlanjutan budaya pelaporan.

Secara keseluruhan, keberhasilan implementasi sistem pelaporan insiden ditentukan oleh kombinasi budaya organisasi, kemudahan sistem, dukungan manajemen, dan pemanfaatan data yang berkelanjutan. Sistem yang berjalan efektif akan berdampak langsung pada peningkatan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien. Riset Komalasari (2023) menegaskan bahwa pelaporan insiden adalah fondasi utama manajemen risiko klinis modern.

D. Monitoring, Evaluasi, dan Tindak Lanjut dalam Keselamatan Pasien

Monitoring merupakan proses pengawasan berkelanjutan terhadap aktivitas pelayanan kesehatan untuk memastikan bahwa standar keselamatan pasien diterapkan secara konsisten. Dalam konteks ini, monitoring dilakukan melalui observasi langsung, audit rutin, serta analisis data insiden. Menurut Pratama (2021), monitoring adalah fase penting karena memungkinkan deteksi dini terhadap potensi kegagalan sistem.

Pelaksanaan monitoring harus dilakukan secara sistematis dengan indikator yang jelas dan terukur, seperti angka insiden, kepatuhan SOP, dan waktu respons terhadap kejadian. Indikator yang terstruktur memudahkan evaluasi efektivitas proses. Hal ini diperkuat oleh riset Aulia (2022) yang menyatakan bahwa monitoring berbasis indikator meningkatkan akurasi penilaian mutu pelayanan.

Monitoring harus melibatkan seluruh unit pelayanan, sebab keselamatan pasien bukan hanya tanggung jawab satu divisi, melainkan seluruh tenaga kesehatan. Keterlibatan semua unit memperkuat koordinasi dan keselarasan prosedur. Studi

Rahmawati (2020) menunjukkan bahwa monitoring lintas-unit dapat menurunkan insiden sebanyak 25%.

Selain pemantauan rutin, monitoring juga mencakup surveillance terhadap pola risiko yang berulang. Surveillance penting untuk mengidentifikasi potensi bahaya yang mungkin tidak terdeteksi dalam audit biasa. Penelitian oleh Darlina (2021) menegaskan bahwa surveillance mencegah terjadinya insiden besar dengan mengatasi peringatan dini.

Evaluasi merupakan proses menilai sejauh mana pelaksanaan keselamatan pasien berjalan sesuai tujuan, standar, dan kebijakan yang telah ditetapkan. Evaluasi menjadi dasar untuk melakukan perbaikan berkelanjutan. Menurut Putri (2022), evaluasi memungkinkan rumah sakit menilai efektivitas intervensi keselamatan yang telah diterapkan.

Dalam evaluasi sistem keselamatan pasien, data insiden berperan besar sebagai bahan analisis untuk menilai apakah intervensi yang diterapkan telah memberikan dampak positif. Data menjadi bukti objektif dalam pengambilan keputusan. Suriani (2020) menyebutkan bahwa penggunaan data insiden meningkatkan ketepatan evaluasi strategi keselamatan.

Evaluasi sebaiknya dilakukan secara periodik, misalnya bulanan atau triwulan, agar hasilnya dapat dijadikan dasar implementasi perbaikan berikutnya. Evaluasi berkala membantu organisasi melihat perubahan tren dan efektivitas perbaikan sebelumnya. Hal ini sesuai temuan Kurniasih (2021) yang menyatakan bahwa evaluasi periodik meningkatkan keberlanjutan program keselamatan.

Evaluasi juga harus melibatkan tenaga kesehatan secara langsung melalui diskusi kasus, rapat keselamatan, dan forum belajar bersama agar pemahaman kolektif dapat terbangun. Partisipasi aktif tenaga kesehatan meningkatkan kepemilikan terhadap program keselamatan. Nugraha (2023) menyatakan bahwa tenaga kesehatan yang dilibatkan memiliki kepatuhan SOP lebih tinggi.

Dalam proses evaluasi, metode seperti audit klinis, RCA (*Root Cause Analysis*), dan FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*)

sering digunakan untuk menggali akar masalah secara komprehensif. Koesnadi (2022) menekankan bahwa metode evaluasi analitis dapat mengidentifikasi penyebab mendasar sehingga solusi yang dihasilkan lebih tepat.

Hasil evaluasi harus disampaikan secara transparan kepada seluruh tim agar menjadi bahan pembelajaran bersama. Transparansi penting untuk memperkuat budaya keselamatan. Menurut Sembiring (2021), fasilitas yang menyampaikan hasil evaluasi secara terbuka cenderung memiliki tingkat pelaporan insiden yang lebih tinggi.

Tindak lanjut merupakan tahap yang memastikan bahwa hasil evaluasi diterjemahkan menjadi aksi nyata untuk memperbaiki sistem dan mencegah terulangnya insiden. Tindak lanjut adalah jembatan antara analisis dan perbaikan lapangan. Studi oleh Mahardika (2022) menyebutkan bahwa tindak lanjut yang konsisten menentukan keberhasilan program keselamatan lebih dari 60%.

Tindak lanjut dapat berupa revisi SOP, perbaikan alur pelayanan, pembaruan alat medis, atau pelatihan ulang tenaga kesehatan. Jenis tindak lanjut disesuaikan dengan akar masalah yang ditemukan. Hadijah (2020) menyatakan bahwa perubahan SOP merupakan tindak lanjut paling umum dalam manajemen risiko klinis.

Setiap tindak lanjut harus memiliki batas waktu, penanggung jawab, dan indikator keberhasilan yang jelas agar pelaksanaannya dapat dinilai secara objektif. Tanpa pengaturan tersebut, tindak lanjut berpotensi menjadi tidak terarah. Penelitian oleh Arsyad (2021) menunjukkan bahwa tindak lanjut dengan target jelas meningkatkan efektivitas program.

Dokumentasi tindak lanjut sangat penting untuk memastikan akuntabilitas dan memudahkan proses audit di masa mendatang. Dokumentasi ini mencakup hasil evaluasi, rekomendasi, serta tindakan yang sudah dilakukan. Pranata (2023) menegaskan bahwa dokumentasi yang baik meningkatkan efisiensi manajemen risiko.

Monitoring ulang setelah tindak lanjut dilakukan menjadi tahapan penting untuk memastikan tindakan korektif telah berdampak sesuai tujuan. Proses ini disebut *re-monitoring* atau evaluasi lanjutan. Menurut Indrawati (2022), monitoring ulang mengurangi kemungkinan insiden berulang hingga 40%.

Keberhasilan tindak lanjut sangat dipengaruhi oleh budaya keselamatan yang kuat, di mana staf termotivasi untuk memperbaiki sistem secara berkelanjutan. Budaya keselamatan mendorong tenaga kesehatan lebih proaktif dalam melaporkan dan menganalisis kejadian. Hal ini dikuatkan oleh studi Yuliana (2020).

Kolaborasi antarprofesi menjadi unsur penting dalam proses monitoring dan evaluasi, terutama karena insiden keselamatan sering melibatkan beberapa unit dan profesi sekaligus. Kolaborasi meningkatkan kualitas solusi yang dihasilkan. Riset oleh Setiawan (2021) menunjukkan bahwa kolaborasi interprofesional mempercepat tindak lanjut hingga 30%.

Penggunaan teknologi seperti dashboard keselamatan pasien dan sistem informasi manajemen risiko mendukung proses monitoring dan evaluasi menjadi lebih akurat dan real-time. Digitalisasi membuat pengawasan lebih efektif. Menurut Fadillah (2023), dashboard digital mengurangi keterlambatan laporan hingga 50%.

Monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut harus menjadi siklus berkelanjutan yang tidak hanya dijalankan ketika terjadi insiden, tetapi menjadi bagian dari budaya mutu. Siklus berkelanjutan memastikan rumah sakit selalu beradaptasi dengan risiko yang berubah. Sari (2021) menegaskan bahwa pendekatan siklus meningkatkan ketahanan sistem pelayanan.

Secara keseluruhan, implementasi monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut yang efektif akan membentuk sistem keselamatan pasien yang kuat dan responsif. Ketiganya menjadi fondasi penting untuk mewujudkan pelayanan kesehatan berkualitas tinggi. Menurut Wahyudi (2022), keberhasilan

keselamatan pasien ditentukan oleh konsistensi dalam menjalankan ketiga tahapan tersebut secara terpadu.

SOAL

1. Seorang perawat menemukan bahwa kejadian pasien jatuh paling sering terjadi pada pergantian shift. Setelah dilakukan RCA, akar masalah utama adalah komunikasi antarshift yang tidak lengkap. Tindakan paling tepat berdasarkan prinsip manajemen risiko adalah...
 - a. Menambah jumlah petugas saat pergantian shift
 - b. Menerapkan format komunikasi SBAR sebagai standar serah terima**
 - c. Memberikan sanksi kepada perawat yang tidak melengkapi laporan
 - d. Memindahkan pasien berisiko tinggi ke ruang dekat nurse station
 - e. Meningkatkan pengawasan kepala ruangan terhadap staf
2. Dalam proses FMEA pada tindakan pemasangan infus, tim menemukan bahwa potensi risiko terbesar memiliki nilai RPN tinggi akibat kelalaian identifikasi pasien. Tindakan lanjut yang paling efektif adalah...
 - a. Menurunkan nilai RPN melalui tambahan dokumentasi
 - b. Mengadakan pelatihan ulang seluruh perawat tentang kewaspadaan umum
 - c. Memodifikasi proses kerja dengan menetapkan double-check identitas pasien**
 - d. Menambah alat pemasangan infus untuk mempercepat prosedur
 - e. Mengganti seluruh perawat yang tidak patuh SOP
3. Suatu rumah sakit melaporkan penurunan angka pelaporan *near miss* selama 3 bulan terakhir. Kepala ruangan beranggapan bahwa insiden semakin sedikit. Analisis yang paling tepat adalah...
 - a. Kesimpulan benar karena menurunnya laporan pasti menandakan risiko kecil
 - b. Kemungkinan terjadi *underreporting* akibat budaya pelaporan yang belum aman**
 - c. Sistem pelaporan harus dihentikan sementara untuk evaluasi
 - d. staff perlu diberi reward agar laporan tidak terlalu banyak

- e. Data harus dihapus agar tidak mengganggu kinerja ruangan
4. Setelah dilakukan monitoring keselamatan pasien, ditemukan bahwa insiden medication error tetap tinggi meskipun SOP sudah diterapkan. Analisis yang paling tepat menurut konsep evaluasi risiko adalah...
- a. SOP tidak perlu dievaluasi karena sudah sesuai regulasi
 - b. Masalah terjadi karena perawat tidak patuh sehingga harus diberi teguran
 - c. **Dibutuhkan audit proses dan observasi langsung untuk menilai implementasi SOP**
 - d. Mengganti seluruh SOP dengan yang lebih sederhana
 - e. Menurunkan standar pelayanan agar tidak terjadi pelanggaran
5. Dalam analisis risiko menggunakan *risk matrix*, sebuah insiden memiliki probabilitas rendah tetapi berdampak sangat berat (fatal). Strategi pencegahan yang paling tepat berdasarkan prioritas risiko adalah...
- a. Tidak perlu ditindaklanjuti karena jarang terjadi
 - b. **Ditindaklanjuti dengan kontrol ketat karena dampaknya severe**
 - c. Mengalihkan risiko kepada unit lain
 - d. Mengabaikan risiko karena frekuensi rendah
 - e. Menunda penanganan hingga ada insiden nyata

DAFTAR PUSTAKA

- Aisyah, N. (2021). *Transparansi layanan dan kepercayaan masyarakat*. Jurnal Administrasi Kesehatan.
- Andini, R. (2021). *Faktor penyebab insiden keselamatan pasien*. Jurnal Ilmu Kesehatan.
- Arsyad, R. (2021). *Efektivitas tindak lanjut program keselamatan pasien*. Jurnal Administrasi Rumah Sakit.
- Aulia, N. (2022). *Indikator monitoring keselamatan pasien*. Jurnal Mutu Pelayanan Kesehatan.
- Damayanti, L. (2021). *Kerahasiaan pelaporan insiden di rumah sakit*. Jurnal Manajemen Rumah Sakit.
- Darlina, A. (2021). *Surveillance risiko dalam pelayanan kesehatan*. Jurnal Manajemen Risiko.
- Dewi, S. (2022). *Umpan balik pelaporan insiden dan motivasi tenaga kesehatan*. Jurnal K3 Kesehatan.
- Fadillah, M. (2023). *Dashboard digital dalam manajemen risiko klinis*. Jurnal Teknologi Kesehatan.
- Fauziah, H. (2021). *Kebijakan berbasis data insiden*. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia.
- Hadijah, S. (2020). *Perubahan SOP sebagai tindak lanjut insiden*. Health Policy Journal.
- Harahap, R. (2020). *Efektivitas root cause analysis dalam mencegah insiden*. Jurnal Keselamatan Pasien.
- Indrawati, L. (2022). *Monitoring ulang dalam keselamatan pasien*. Jurnal Keselamatan dan Mutu.
- Joint Commission International. (2022). *Patient Safety Goals and Clinical Risk Management Standards*. JCI Press.
- Kementerian Kesehatan RI. (2020). *Pedoman Manajemen Risiko dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Koesnadi, Y. (2022). *Analisis akar masalah dalam evaluasi keselamatan*. Indonesian Journal of Clinical Governance.
- Kurniasih, E. (2021). *Evaluasi periodik keselamatan pasien*. Jurnal Manajemen Rumah Sakit.
- Kurniawan, B., & Yusuf, A. (2020). *Hambatan pelaporan insiden keselamatan pasien*. Jurnal Keperawatan Indonesia.

- Lestari, P. (2022). *Kemudahan sistem pelaporan dan tingkat pelaporan insiden*. Jurnal Mutu Pelayanan.
- Mahardika, T. (2022). *Kontribusi tindak lanjut terhadap keberhasilan program keselamatan*. Jurnal Sistem Kesehatan.
- Marlina, D. (2023). *Integrasi antarunit dalam keselamatan pasien*. Health System Review.
- Mulyani, E. (2021). *Efektivitas pelatihan pelaporan insiden*. Jurnal Pendidikan Kesehatan.
- Nugraha, A. (2023). *Partisipasi tenaga kesehatan dalam evaluasi keselamatan*. Hospital Safety Journal.
- Nugroho, F. (2021). *Peran tim keselamatan pasien dalam tindak lanjut insiden*. Jurnal Rumah Sakit.
- Permana, G. (2020). *Klasifikasi insiden dalam keselamatan pasien*. Jurnal Manajemen Risiko.
- Pramesti, T. (2021). *Pelaporan insiden sebagai dasar manajemen risiko*. Jurnal Kesehatan.
- Pranata, H. (2023). *Dokumentasi tindak lanjut dalam manajemen risiko*. Jurnal Kebijakan Kesehatan.
- Pratama, D. (2021). *Monitoring keselamatan pasien di rumah sakit*. Jurnal Pengawasan Kesehatan.
- Putra, H. (2022). *Desain sistem pelaporan dan resistensi tenaga kesehatan*. Jurnal Manajemen Pelayanan.
- Putri, F. (2022). *Evaluasi program keselamatan pasien*. Jurnal Keperawatan dan Manajemen.
- Rahmawati, I. (2020). *Monitoring lintas-unit dalam keselamatan pasien*. Jurnal Keselamatan Klinis.
- Ramadhani, K. (2023). *Digitalisasi pelaporan insiden dan efektivitasnya*. Jurnal Teknologi Kesehatan.
- Reason, J. (2020). *Human Error and the Swiss Cheese Model*. London: BMJ Publishing.
- Sammer, C., Lykens, K., Singh, K., & Mains, D. (2020). What is Patient Safety Culture? *Health Services Research*, 54(3).
- Sari, P. (2021). *Siklus berkelanjutan dalam peningkatan keselamatan pasien*. Jurnal Mutu Kesehatan Indonesia.
- Sari, W. (2020). *Analisis tren insiden keselamatan pasien*. Indonesian Journal of Nursing Science.

- Sembiring, J. (2021). *Transparansi hasil evaluasi keselamatan pasien*. Jurnal Administrasi Kesehatan.
- Setiawan, D. (2021). *Kolaborasi interprofesional dalam tindak lanjut*. Jurnal Pelayanan Terpadu.
- Situmorang, J. (2023). *Kepemimpinan dan budaya keselamatan pasien*. Jurnal Administrasi Kesehatan.
- Suriani, R. (2020). *Peran data insiden dalam evaluasi keselamatan*. Jurnal Ilmu Kesehatan.
- Wahyudi, B. (2022). *Peran monitoring dan evaluasi dalam keselamatan pasien*. Jurnal Manajemen Mutu Rumah Sakit.
- Wicaksana, R. (2020). *Integrasi akreditasi dan keselamatan pasien*. Jurnal Akreditasi Fasilitas Kesehatan.
- Widodo, A. (2022). *Pembelajaran berbasis kasus insiden*. Jurnal Pendidikan Profesi Kesehatan.
- World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. WHO Press.
- Yuliana, S. (2020). *Budaya keselamatan pasien dan faktor pendukungnya*. Nursing Quality Journal.

BIODATA PENULIS



Dr. Rusli Taher, S.Kep., Ns., M.Kes., lahir di Tidore, 20 Agustus 1990. Saat ini penulis tinggal di Kota Makassar Sulawesi Selatan. Pendidikan tinggi ditempuh mulai dari S-1 di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam Makassar dengan Profesi Ners (Lulus 2012), Pascasarjana di Fakultas Emergency and Disaster Management Universitas Hasanuddin Makassar (UNHAS) (Lulus 2015), dan Pendidikan Doktor di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar (Lulus 2024). Selain menempuh pendidikan formal, penulis juga pernah menempuh pendidikan nonformal seperti mengikuti kegiatan pelatihan Basic Trauma Life Support yang diadakan di Universitas Hasanuddin Makassar, Aktivitas penulis saat ini selain mengajar pada jenjang sarjana Khusus dibidang kesehatan baik Keperawatan maupun Kebidanan di Universitas Graha Edukasi Makassar. Penulis juga menjabat sebagai Ketua SPMI di Universitas Graha edukasi Makassar. Untuk menjalin kerja sama dengan baik berikut adalah alamat email penulis ruslitaher08@gmail.com

BAB 6

Sistem Pelaporan dan Analisis Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

Dihan Fahry Muhammad, S.Kep., Ns., MPH

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

CPMK 1 : Mahasiswa mampu memahami konsep, menerapkan langkah pelaporan, melakukan analisis insiden, serta mengembangkan rekomendasi perbaikan untuk meningkatkan keselamatan pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Sub-CPMK : Mahasiswa mampu:

8. Menjelaskan konsep dasar IKP.
9. Menguraikan prinsip pelaporan IKP yang efektif.
10. Mendeskripsikan mekanisme pelaporan IKP.
11. Menjelaskan metode analisis IKP.
12. Mengidentifikasi tindak lanjut hasil analisis IKP.

A. Pendahuluan

Keselamatan pasien merupakan prioritas utama dalam pelayanan kesehatan global dan nasional yang berfokus pada mitigasi risiko, kesalahan medis, dan cedera melalui mekanisme deteksi serta pelaporan insiden yang sistematis. Meskipun Indonesia telah mengintegrasikan kebijakan ini ke dalam struktur manajemen mutu dan kurikulum pendidikan lintas profesi, optimalisasi sistem masih terhambat oleh tantangan budaya, seperti ketakutan melapor (*fear of reporting*), hierarki profesi, serta keterbatasan infrastruktur (WHO, 2011; Bagian,

2025). Oleh karena itu, penguatan sistem informasi dan transformasi budaya keselamatan menjadi langkah krusial untuk memastikan pembelajaran dari insiden dapat berjalan efektif guna melindungi pasien secara berkelanjutan.

Keselamatan pasien merupakan fondasi utama pelayanan kesehatan modern yang menuntut adanya sistem pelaporan dan analisis IKP yang efektif, transparan, serta bersifat *non-punitive*. Melalui pendekatan sistematis ini, berbagai jenis insiden dapat teridentifikasi untuk ditemukan akar masalahnya guna mencegah kejadian berulang dan memperkuat kompetensi tenaga kesehatan, bukan sekadar mencari kesalahan individu. Melalui dukungan budaya keselamatan serta regulasi yang memadai, maka pemahaman mendalam mengenai mekanisme pelaporan IKP menjadi sangat krusial bagi seluruh tenaga kesehatan demi membangun ekosistem pelayanan yang aman, berkualitas, dan berkesinambungan di Indonesia (Desty, 2025).

B. Konsep Dasar Sistem Pelaporan dan Analisis IKP

Sistem pelaporan IKP mencakup spektrum yang luas antara kejadian dalam pelayanan medis, mulai dari risiko yang dapat dicegah (*preventable*) hingga tidak dapat dicegah (*non-preventable*), yang berpotensi atau telah mengakibatkan cedera pada pasien (WHO, 2009). Sistem pelaporan IKP berfungsi sebagai mekanisme pembelajaran organisasi yang krusial untuk mengidentifikasi pola kesalahan sistemik daripada hanya berfokus pada kesalahan manusia. Kajian menunjukkan bahwa efektivitas sistem ini dalam mencegah kejadian berulang sangat bergantung pada desain pelaporan yang sistematis, budaya keselamatan yang kuat, pemberian umpan balik kepada pelapor, serta komitmen organisasi dalam menerapkan rekomendasi perbaikan berbasis bukti (Jumila, 2025).

Keselamatan pasien merupakan pilar fundamental pelayanan kesehatan modern yang menuntut sistem pelaporan dan analisis IKP secara terstruktur. Berdasarkan regulasi nasional dan standar global, sistem ini harus berpijak pada budaya tidak menyalahkan (*non-punitive*) guna mengalihkan fokus dari kesalahan individu ke perbaikan kelemahan sistemik

(Kemenkes RI, 2017; WHO, 2021). Implementasinya mencakup pembelajaran organisasi melalui analisis akar masalah (RCA) dan manajemen risiko proaktif, yang kini menjadi kewajiban akreditasi bagi setiap fasilitas kesehatan di Indonesia (Kemenkes RI, 2022). Dengan memahami prinsip operasional dan mekanisme pelaporannya, tenaga medis dapat menciptakan lingkungan pelayanan yang lebih aman dan berkualitas secara berkesinambungan.

1. Jenis Insiden Keselamatan Pasien

Klasifikasi IKP dirancang untuk mempermudah identifikasi, pelaporan, dan analisis risiko secara sistematis. Berdasarkan standar nasional dan internasional, IKP terbagi menjadi empat kategori utama sebagai berikut:

- a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD/ *Adverse Event*): Insiden yang mengakibatkan cedera atau dampak negatif pada pasien akibat pelayanan kesehatan, bukan karena perjalanan alami penyakitnya. Contohnya meliputi reaksi obat serius atau infeksi nosokomial (WHO, 2021).
- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC/ *Near Miss*): Insiden yang sudah terjadi namun tidak sampai mengenai pasien karena berhasil dicegah. KNC memberikan nilai pembelajaran kritis untuk menutup celah sistem sebelum cedera nyata terjadi (Fekadu et al., 2025).
- c. Kondisi Potensial Cedera (KPC/ *Hazardous Condition*): Situasi atau kondisi yang berisiko tinggi menimbulkan bahaya namun belum terjadi insiden, seperti peralatan medis yang rusak atau lingkungan kerja yang tidak aman. Identifikasi KPC merupakan langkah pencegahan proaktif yang esensial (WHO, 2021).
- d. Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*): Jenis KTD paling serius yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau dampak psikologis berat. Kejadian ini bersifat mendesak dan wajib ditindaklanjuti dengan investigasi mendalam melalui *Root Cause Analysis* (RCA) (Kemenkes RI, 2022).

2. Contoh Klinis Insiden Keselamatan Pasien

Pemahaman kategori IKP akan lebih mudah apabila disertai dengan contoh klinis yang sering dijumpai dalam praktik pelayanan kesehatan. Seperti contoh kasus berikut:

- a. Insiden salah obat akibat kemasan yang mirip (*look-alike*) sering terjadi dalam pelayanan kesehatan. Jika kesalahan tersebut terdeteksi sebelum mencapai pasien, seperti saat verifikasi ulang, maka dikategorikan sebagai Kejadian Nyaris Cedera (KNC). Namun, apabila obat telah diberikan dan menyebabkan dampak negatif bagi pasien, insiden tersebut dikategorikan sebagai Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) (Lee et al., 2022).
- b. Pasien hampir jatuh dari tempat tidur karena *side rail* tidak dinaikkan. Kondisi ini termasuk Kondisi Potensial Cedera (KPC) karena menunjukkan adanya risiko jatuh akibat kelalaian penerapan standar keselamatan pasien, meskipun belum terjadi cedera pada pasien (WHO, 2021).
- c. Prosedur operasi pembedahan pada sisi tubuh yang salah. Insiden ini merupakan contoh Kejadian Sentinel karena menyebabkan cedera yang serius dan mencerminkan kegagalan sistem komunikasi, verifikasi, dan keselamatan pasien secara menyeluruh. Kejadian semacam ini wajib dilaporkan, dianalisis secara mendalam, dan dijadikan pembelajaran organisasi untuk mencegah kejadian serupa pada masa mendatang (Kemenkes RI, 2022).

Pemahaman terhadap definisi, kategori, serta contoh kejadian klinis IKP ini diharapkan mampu meningkatkan kewaspadaan tenaga kesehatan dalam mengenali risiko serta berperan aktif dalam sistem pelaporan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan.

3. Prinsip Pelaporan IKP yang Efektif

Efektivitas sistem pelaporan IKP bergantung pada penerapan prinsip dasar yang mendukung keterbukaan dan pembelajaran organisasi. Berikut adalah lima prinsip utama untuk mengoptimalkan sistem pelaporan tersebut:

- a. *Non-Punitive*: Pelaporan insiden tidak diikuti sanksi bagi pelapor. Pendekatan ini krusial untuk menghilangkan rasa takut dan mendorong kejujuran tenaga kesehatan melaporkan kejadian secara tepat waktu (WHO, 2021).
- b. Anonimitas dan Kerahasiaan: Menjamin perlindungan identitas pelapor guna mencegah stigma, konflik antarprofesi, maupun dampak negatif terhadap karier. Kerahasiaan yang terjamin terbukti meningkatkan kuantitas dan kualitas laporan (Lee et al., 2022).
- c. Kemudahan Akses: Sistem pelaporan, baik manual maupun digital (terintegrasi SIMRS), harus sederhana dan efisien agar tidak mengganggu fokus pelayanan langsung kepada pasien (Fekadu et al., 2025).
- d. Respon Cepat dan Terstruktur: Setiap laporan wajib ditindaklanjuti secara cepat melalui verifikasi dan analisis. Hal ini mencerminkan komitmen manajemen serta meningkatkan kepercayaan staf terhadap sistem pelaporan (Kemenkes RI, 2022).
- e. Berorientasi pada Sistem: Fokus analisis diarahkan pada perbaikan proses dan kondisi kerja, bukan pada pencarian individu yang bersalah. Pendekatan ini memastikan solusi yang dihasilkan bersifat preventif dan berkelanjutan (WHO, 2021).

Penerapan prinsip-prinsip ini secara konsisten akan mentransformasi sistem pelaporan menjadi pembelajaran organisasi (*organizational learning*) yang memperkuat budaya keselamatan pasien di fasilitas kesehatan.

4. Mekanisme Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Pelaporan IKP merupakan tanggung jawab kolektif seluruh elemen pelayanan kesehatan, mulai dari tenaga klinis hingga manajemen. Sebagai garda depan dengan intensitas interaksi pasien yang tinggi, perawat memegang peran krusial dalam deteksi dini risiko insiden (Lee et al., 2022). Namun tanggung jawab ini juga mencakup tenaga kesehatan lain, untuk memastikan analisis yang komprehensif pada setiap titik transisi pelayanan (WHO, 2021). Manajer dan

pimpinan organisasi berperan strategis dalam menyediakan sistem pelaporan yang aksesibel serta menciptakan iklim kerja yang aman demi mendorong partisipasi dalam pembelajaran organisasi (Kemenkes RI, 2022).

a. Pelaporan IKP Internal

Pelaporan internal dilakukan melalui mekanisme yang disediakan oleh fasilitas layanan kesehatan, seperti formulir manual, aplikasi digital, ataupun modul khusus dalam Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS). Pelaporan internal bertujuan untuk mendokumentasikan insiden, melakukan analisis akar masalah, serta menyusun rencana perbaikan pada tingkat unit dan organisasi. Penelitian Fekadu et al, (2025) membuktikan bahwa sistem pelaporan internal yang terintegrasi dengan SIMRS lebih efektif karena memudahkan pencatatan, pelacakan, dan pelaporan data insiden secara berkelanjutan.

b. Pelaporan IKP Eksternal

Pelaporan eksternal dilakukan kepada instansi di luar rumah sakit, terutama kepada Kemenkes RI melalui SIRS-KP (Sistem Informasi Rumah Sakit - Keselamatan Pasien). Pelaporan eksternal bertujuan untuk pemantauan secara nasional, pembelajaran lintas fasilitas layanan kesehatan, serta perumusan kebijakan keselamatan pasien pada tingkat nasional. Pelaporan ini umumnya dilakukan setelah proses analisis internal selesai dan sesuai dengan ketentuan regulasi yang berlaku (Kemenkes RI, 2022).

c. Alur Pelaporan IKP (Rumah Sakit di Indonesia)

Alur pelaporan IKP di Indonesia menurut Kemenkes RI (2022) meliputi tahapan sebagai berikut:

- 1) Identifikasi dan Stabilisasi: Pengenalan insiden diikuti tindakan medis segera untuk meminimalkan dampak pada pasien.
- 2) Dokumentasi Klinis: Pencatatan kronologi kejadian dan respon medis secara objektif pada rekam medis (bukan pada formulir pelaporan).

- 3) Pelaporan Internal: Pengisian formulir IKP (manual/digital) dan penyerahan kepada Tim Keselamatan Pasien untuk verifikasi serta penilaian derajat risiko (*grading*).
- 4) Analisis dan Investigasi: Pelaksanaan investigasi sederhana atau *Root Cause Analysis* (RCA) berdasarkan tingkat keparahan insiden.
- 5) Tindak Lanjut dan Diseminasi: Implementasi perbaikan sistem, pemberian umpan balik kepada pelapor, serta evaluasi efektivitas intervensi secara berkelanjutan.

Sosialisasi alur ini melalui alat bantu visual seperti *flowchart* pada area strategis sangat efektif untuk meningkatkan kepatuhan staf dalam pelaporan yang tepat waktu (WHO, 2021). Selain itu, sistem pelaporan yang terintegrasi secara digital terbukti mempercepat koordinasi antara unit kerja dengan komite keselamatan pasien (Bagian, 2025).

d. Contoh Kasus Pelaporan IKP

Contoh kasus: Seorang perawat memberikan insulin tanpa melakukan verifikasi ganda (*double check*). Insiden ini menyebabkan pasien mengalami hipoglikemia yang memerlukan intervensi medis segera, sehingga dikategorikan sebagai Kejadian Tidak Diharapkan (KTD). Dalam merespons kejadian tersebut, staf melakukan langkah-langkah sistematis: stabilisasi kondisi pasien, dokumentasi objektif pada rekam medis, dan pelaporan melalui sistem digital rumah sakit (Kemenkes RI, 2022).

Hasil analisis akar masalah (*Root Cause Analysis*) oleh Tim Keselamatan Pasien mengungkap faktor kontributor laten, yaitu ketiadaan kebijakan dan pengawasan yang jelas terkait verifikasi obat risiko tinggi pada *shift* malam. Sebagai tindak lanjut, rumah sakit menetapkan strategi perbaikan sistemik yang meliputi:

- 1) Standarisasi: Kewajiban verifikasi dua perawat pada semua *shift* untuk obat *high-alert*.

- 2) Edukasi: Pelatihan ulang mengenai prosedur pemberian obat risiko tinggi.
- 3) Audit: Monitoring kepatuhan secara berkala untuk menjamin keberlanjutan perubahan (Lee et al., 2022).

Kasus ini menegaskan bahwa mekanisme pelaporan IKP yang efektif tidak hanya melindungi pasien melalui penanganan segera, tetapi juga menjadi sarana pembelajaran organisasi. Integrasi antara pelaporan yang jujur dan analisis komprehensif merupakan fondasi utama dalam menciptakan budaya keselamatan yang proaktif dan berkelanjutan di fasilitas pelayanan kesehatan (Lee et al., 2022).

e. Formulir dan Informasi Wajib dalam Pelaporan IKP

Berdasarkan PMK No. 11 Tahun 2017, formulir pelaporan IKP wajib diisi secara sistematis dan komprehensif guna mendukung analisis mutu pelayanan kesehatan di tingkat nasional. Rincian komponen wajib formulir IKP dipaparkan dalam tabel di bawah ini:

Tabel 1. Komponen Wajib Formulir Pelaporan IKP

| Komponen Wajib | Penjelasan Teknis | Tujuan Operasional |
|---------------------------|---|---|
| Identitas Unit | Menentukan lokasi spesifik kejadian (misal: Ruang OK, ICU, atau Farmasi) dengan tetap menjaga anonimitas pelapor. | Memetakan area berisiko tinggi di dalam organisasi. |
| Waktu Insiden | Mencantumkan tanggal dan jam terjadinya insiden secara akurat. | Mengidentifikasi pola waktu (misal: saat pergantian <i>shift</i> atau jam sibuk). |
| Jenis Insiden | Kategorisasi berdasarkan tingkat keparahan: Sentinel, KTD, KTC, KNC, atau KPC. | Menentukan prioritas investigasi dan level manajemen yang terlibat. |
| Kronologi Objektif | Narasi urutan peristiwa berdasarkan fakta tanpa menyertakan opini, asumsi, atau menyalahkan pihak tertentu. | Menyediakan data dasar untuk proses analisis akar masalah (RCA). |

| | | |
|-------------------------|---|--|
| Dampak (Grading) | Penentuan skor dampak (1-5) mulai dari tidak signifikan hingga katastrofik (kematian). | Menilai derajat keparahan insiden secara terukur. |
| Faktor Penyebab | Identifikasi awal terhadap kontributor potensial (manusia, sistem, metode, atau peralatan). | Mengarahkan fokus perbaikan pada akar masalah yang tepat. |
| Tindakan Segera | Upaya mitigasi medis atau administratif yang langsung diambil pasca-insiden. | Mengurangi risiko dampak lanjutan terhadap pasien. |
| Rekomendasi Awal | Usulan tindakan preventif jangka pendek untuk mencegah pengulangan segera. | Memberikan perlindungan cepat sebelum analisis mendalam selesai. |

Sesuai PMK No. 11 Tahun 2017, penyusunan kronologi IKP harus dilakukan secara objektif berdasarkan *timeline* faktual tanpa interpretasi emosional maupun opini pribadi. Prinsip utamanya pendekatan *non-blaming*, yang berfokus pada identifikasi kelemahan sistem daripada mencari kesalahan individu (Kemenkes RI, 2017). Laporan yang faktual dan bebas prasangka sangat krusial agar organisasi dapat menemukan akar masalah yang akurat untuk mencegah pengulangan insiden (Alenezi et al., 2024; Pham et al., 2023).

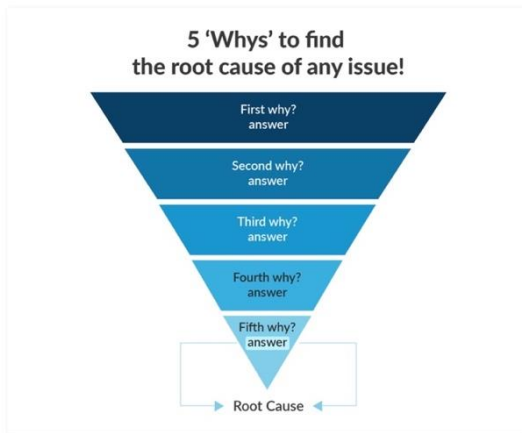
5. Metode Analisis Insiden Keselamatan Pasien

Pemilihan metode analisis IKP ditentukan oleh karakteristik, tingkat keparahan, dan frekuensi insiden guna memastikan intervensi tepat sasaran. Beberapa metode yang digunakan dalam manajemen risiko di rumah sakit meliputi:

a. Investigasi Sederhana *Five Whys* (*Simple Investigation*)

Metode *Five Whys* adalah teknik investigasi sederhana untuk insiden berisiko rendah hingga sedang (band biru atau hijau) dengan mengajukan pertanyaan "mengapa" secara berulang hingga menemukan akar masalah (Card, 2017). Keunggulannya terletak pada kemudahan implementasi di unit kerja kecil, namun

metode ini memiliki keterbatasan karena sifatnya yang linier dan subjektif (Card, 2017). Oleh karena itu, *Five Whys* sebaiknya dikombinasikan dengan instrumen lain untuk memastikan seluruh faktor kontributor teridentifikasi secara komprehensif tanpa mengabaikan interaksi sistem yang kompleks (Vukel et al., 2022).

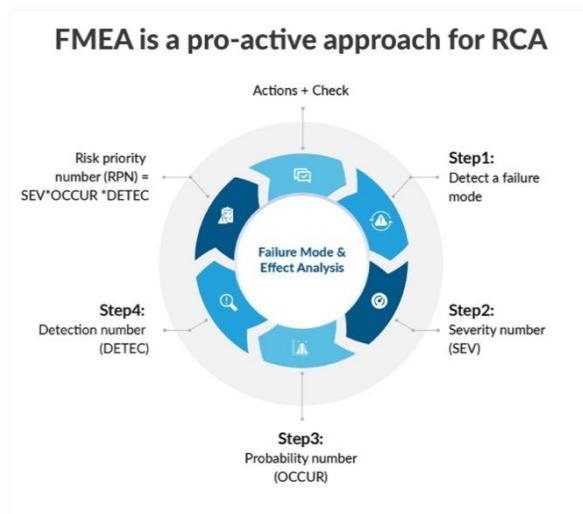


Gambar 1. *Five Whys Analysis*

b. *Root Cause Analysis (RCA)*

Root Cause Analysis (RCA) merupakan metode analisis reaktif mendalam yang dilakukan pasca terjadinya insiden serius, seperti Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) berat ataupun kejadian sentinel. Melalui pendekatan sistematis, RCA bertujuan untuk mengidentifikasi kronologi kejadian, mengungkap alasan fundamental di balik insiden tersebut, serta menetapkan langkah preventif guna mencegah pengulangan di masa depan. Fokus utama metode ini adalah mengungkap faktor kontributor laten seperti kelemahan pada kebijakan, prosedur, ataupun struktur organisasi daripada sekedar melihat sebuah kesalahan di permukaan (Alenezi et al., 2024).

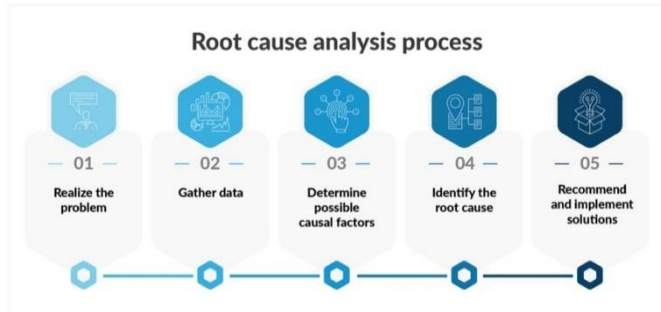
Proses pelaksanaan metode RCA akan melibatkan tim multidisiplin yang bekerja berdasarkan prinsip *non-punitive* dan menggali data secara faktual. Sinergi antar berbagai keahlian ini akan memastikan bahwa analisis tetap bersifat objektif dan berorientasi pada perbaikan sistem secara menyeluruh. Dengan mengalihkan fokus dari individu ke sistem, maka organisasi kesehatan dapat membangun budaya keselamatan yang kuat dan menciptakan solusi jangka panjang yang lebih handal dalam melindungi pasien (Alenezi et al., 2024).



Gambar 2. Root Cause Analysis (RCA)

c. *Failure Mode and Effects Analysis (FMEA)*

Metode FMEA merupakan metode analisis proaktif yang dilakukan secara preventif guna mengevaluasi proses baru maupun sistem yang telah berjalan. FMEA lebih berfokus pada identifikasi potensi kegagalan dalam alur kerja sebelum kesalahan tersebut terjadi. Melalui metode ini, tim dapat memetakan modus kegagalan, menilai dampak serta tingkat risikonya secara sistematis, dan menetapkan prioritas perbaikan berdasarkan tingkat bahaya yang ditemukan (Liu et al., 2023).



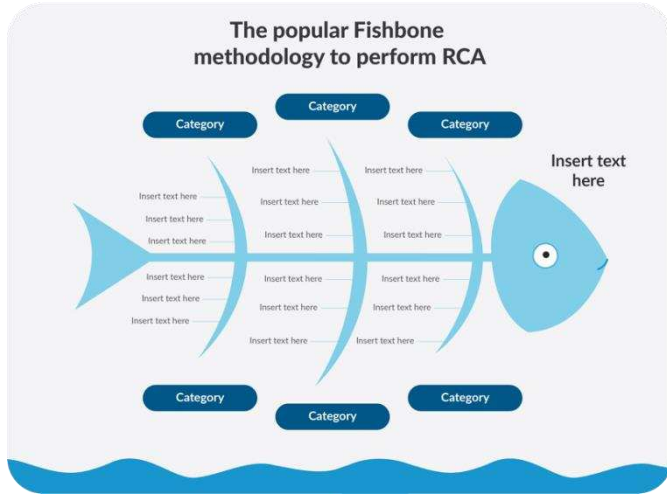
Gambar 3. *Failure Mode and Effect Analysis*

Implementasi FMEA digunakan pada prosedur dengan risiko tinggi yang memiliki konsekuensi fatal, seperti pemberian obat *high alert* dan tindakan invasif. Tim menggunakan instrumen *Risk Priority Number (RPN)* untuk mengukur tingkat keparahan (*severity*), frekuensi kejadian (*occurrence*), dan kemampuan deteksi (*detection*). Skor RPN membantu organisasi menentukan titik paling kritis dalam sistem yang memerlukan intervensi segera, sehingga potensi kesalahan medis dapat dimitigasi secara efektif (Habli et al., 2021).

d. *Fishbone Diagram (Diagram Ishikawa)*

Fishbone Diagram, atau dikenal *Diagram Ishikawa*, merupakan alat visual sistematis yang digunakan untuk memetakan berbagai faktor penyebab insiden ke dalam kategori tertentu guna mengurai hubungan kausalitas yang kompleks. Dalam konteks pelayanan kesehatan, diagram ini sangat efektif untuk membedah insiden dengan mengelompokkan kontributor masalah ke dalam lima dimensi utama yaitu: Manusia (*people*), Metode

(procedures), Lingkungan (*environment*), Alat/Material (*equipment*), dan Manajemen (*managerial*) (Tague, 2005).



Gambar 4. *Fishbone Diagram Analysis*

Penggunaan metode ini dapat memfasilitasi diskusi tim multidisiplin dengan cara menyediakan kerangka kerja yang terorganisir untuk mengeksplorasi akar masalah secara mendalam. Diagram ini membantu organisasi memvisualisasikan bagaimana berbagai kondisi laten berinteraksi hingga menciptakan celah dalam sistem yang berujung pada terjadinya IKP. Melalui pemetaan yang komprehensif, tim mampu merancang strategi perbaikan dan pembelajaran yang lebih kuat secara berkelanjutan (Cunningham et al., 2020).

6. Tindak Lanjut Insiden Keselamatan Pasien

Tindak lanjut IKP merupakan tahapan penentu akhir dalam siklus keselamatan pasien, karena pelaporan dan analisis tidak akan berdampak apapun tanpa adanya tindak lanjut berupa perbaikan nyata yang berkelanjutan. Fase ini bertujuan untuk memperbaiki sistem, memitigasi risiko kejadian berulang, dan memperkuat budaya keselamatan (WHO, 2021). Keberhasilannya sangat bergantung pada

komitmen manajemen dalam mengalokasikan sumber daya guna mengeksekusi rekomendasi analisis, baik melalui redesign alur kerja maupun pemutakhiran teknologi penunjang (Amalberti & Vincent, 2020).

a. Jenis Tindak Lanjut IKP

Hasil analisis IKP, harus diterjemahkan menjadi tindakan perbaikan berkelanjutan. Setelah akar masalah teridentifikasi, maka fasilitas pelayanan kesehatan harus menetapkan tindakan perbaikan yang bersifat sistemik dan berfokus pada penguatan pertahanan sistem (*system defense*). Berdasarkan literatur keselamatan pasien, jenis rencana tindak lanjut, serta standar keselamatan pasien. Berikut merupakan lima pilar utama intervensi untuk mencegah terjadinya pengulangan IKP:

1) Redesain dan Perbaikan Proses Kerja

Upaya ini dilakukan dengan menyederhanakan alur pelayanan, mengurangi tahapan yang berisiko tinggi (*high-risk steps*), serta memperjelas peran dan tanggung jawab tenaga kesehatan. Intervensi ini bertujuan menurunkan variasi praktik klinis yang tidak perlu dan meningkatkan keandalan sistem (*reliability*) secara keseluruhan melalui standarisasi (Vincent & Amalberti, 2016).

2) Revisi Kebijakan dan Standar Operasional Prosedur

Insiden sering kali mengungkap bahwa SOP tidak tersedia, tidak mutakhir, atau tidak realistis untuk diterapkan. Hasil analisis IKP harus dijadikan dasar untuk merevisi SOP agar lebih aplikatif, berbasis bukti (*evidence-based*), dan sesuai dengan dinamika kondisi lapangan guna memastikan kepatuhan staf yang lebih tinggi (The Joint Commission, 2023).

3) Pelatihan Berkelanjutan dan *Refreshment Training*

Apabila insiden berkaitan dengan defisit pengetahuan atau keterampilan, maka pelatihan berbasis kasus nyata sangat dianjurkan. Pelatihan ini tidak hanya berfokus pada aspek teknis, tetapi juga

pada kemampuan kerja sama tim dan komunikasi efektif untuk meningkatkan retensi pemahaman serta kesadaran staf terhadap risiko (AHRQ, 2020).

4) Optimasi Lingkungan dan Penataan Area Kerja

Faktor ergonomi seperti pencahayaan, tingkat kebisingan, tata letak ruang, dan pengorganisasian logistik berkontribusi signifikan terhadap keselamatan. Penataan ulang area kerja bertujuan menciptakan lingkungan yang meminimalisir distraksi, mencegah kelelahan, dan mempermudah akses terhadap peralatan darurat (WHO, 2020).

5) Implementasi Teknologi Keselamatan

Pemanfaatan teknologi canggih seperti *Barcode Medication Administration* (BCMA), sistem alarm cerdas, atau *Computerized Physician Order Entry* (CPOE) dapat secara drastis menurunkan kesalahan akibat faktor manusia (*human error*). Teknologi ini berfungsi sebagai "penghalang mekanis" yang mencegah kesalahan mencapai pasien (Bates et al., 2022).

b. Evaluasi Efektivitas Tindak Lanjut

Evaluasi efektivitas tindak lanjut merupakan tahapan krusial untuk mentransformasi tindakan korektif menjadi perbaikan nyata di lapangan, sesuai dengan prinsip *Continuous Quality Improvement* (CQI). Proses sistematis ini bertujuan menutup celah keselamatan secara berkelanjutan serta memvalidasi apakah solusi yang diterapkan efektif menurunkan risiko tanpa memicu masalah baru dalam alur kerja (OECD, 2020). Evaluasi yang optimal harus didasarkan pada data faktual dan keterlibatan aktif praktisi klinis guna mencegah pengulangan insiden (*recurrent incidents*) yang dapat mengikis kepercayaan pasien. Berdasarkan standar nasional dan internasional, terdapat tiga pilar utama dalam mengevaluasi tindak lanjut IKP:

1) Audit Kepatuhan

Instrumen ini digunakan untuk menilai sejauh mana staf menerapkan kebijakan atau SOP baru secara konsisten. Hasil audit periodik ini memiliki fungsi sebagai basis data untuk memberikan umpan balik konstruktif serta mengidentifikasi berbagai hambatan penerapan di tingkat unit (Kemenkes RI, 2022).

2) Monitoring Indikator Mutu dan Keselamatan

Efektivitas perbaikan diukur secara objektif melalui indikator-indikator kunci, meliputi penurunan angka kejadian serupa (revalensi), tingkat kepatuhan prosedur, dan indikator klinis terkait dampak insiden. Pemantauan tren ini memungkinkan organisasi melakukan penilaian keselamatan pasien yang berbasis data (*data-driven*) (OECD, 2020).

3) Umpan Balik (*Feedback*) dari Staf

Melibatkan staf dalam evaluasi sangat penting untuk memvalidasi apakah perubahan sistem bersifat realistis dan mendukung alur kerja harian. Keterlibatan umpan balik secara aktif ini tidak hanya memperbaiki aspek teknis, tetapi juga memperkuat budaya keselamatan pasien melalui rasa kepemilikan terhadap sistem baru (Weaver et al., 2021).

c. Contoh Studi Kasus Tindak Lanjut IKP

Kasus: Terjadi insiden hipoglikemia berat pada pasien akibat kesalahan dosis pemberian insulin di fasilitas rumah sakit (Kejadian Tidak Diharapkan/KTD). Akar Masalah: Hasil analisis mengungkap adanya defisit pemahaman tenaga kesehatan mengenai manajemen obat kewaspadaan tinggi (*high alert*) serta ketiadaan regulasi internal berupa SOP yang mewajibkan proses verifikasi ganda (*double-check*). Berdasarkan temuan tersebut, maka manajemen rumah sakit harus mengimplementasikan tindakan perbaikan berikut:

1) Edukasi Terstruktur: Melakukan pelatihan ulang (*refreshment training*) bagi seluruh staf keperawatan

mengenai protokol *High Alert Medication*, dengan fokus spesifik pada farmakologi dan administrasi insulin.

- 2) Visual Kontrol dan *Labeling*: Pemasangan label merah dan stiker peringatan "*High Alert*" pada setiap sediaan dosis insulin di ruang penyimpanan obat untuk meningkatkan kesadaran petugas.
- 3) Redesain Proses (*Double-Check*): Penetapan kebijakan wajib berupa SOP verifikasi ganda oleh dua perawat berbeda sebelum insulin disuntikkan kepada pasien guna memitigasi risiko kesalahan individu.
- 4) Audit dan Umpan Balik: Monitoring kepatuhan melalui audit internal bulanan secara konsisten guna memastikan keberlanjutan perubahan perilaku klinis.

Tabel 3. Contoh Studi Kasus Tindak Lanjut IKP

| Jenis Intervensi | Kekuatan Intervensi | Tujuan Utama |
|------------------------|---------------------|---|
| Pelatihan Ulang | Sedang | Meningkatkan pengetahuan teoritis staf. |
| <i>Labeling Visual</i> | Sedang | Mengurangi beban kognitif staf saat mengambil obat. |
| <i>Double Check</i> | Kuat | Mencegah kesalahan dosis melalui verifikasi berlapis. |
| Audit Bulanan | Pendukung | Menjamin keberlanjutan (<i>sustainability</i>) perbaikan. |

Hasil pendekatan di atas mencerminkan strategi tindak lanjut yang berorientasi pada penguatan sistem dibandingkan sekadar menyalahkan individu. Hal ini sejalan dengan prinsip keselamatan pasien modern yang menekankan pada penciptaan lapisan pertahanan berlapis untuk mencegah kesalahan mencapai pasien. (Bates et al., 2022; WHO, 2021).

Contoh Soal Studi Kasus IKP

1. Konsep Dasar IKP (Kognitif)

Seorang perawat hampir memberikan obat kepada pasien yang salah karena nama pasien mirip. Kesalahan tersebut terdeteksi sebelum obat diberikan sehingga pasien tidak mengalami cedera. Kejadian tersebut termasuk dalam kategori IKP:

- a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)
- b. Kejadian Sentinel
- c. **Kejadian Nyaris Cedera (KNC)**
- d. Kondisi Potensial Cedera (KPC)
- e. Insiden Medikolegal

Pembahasan: KNC (*Near Miss*) adalah insiden yang telah terjadi namun tidak menimbulkan cedera karena berhasil dicegah sebelum mencapai ke pasien (WHO, 2021).

2. Prinsip Sistem Pelaporan IKP (Analitis)

Agar perawat mau melaporkan IKP secara jujur, prinsip utama yang harus diterapkan adalah:

- a. Disiplin ketat bagi pelapor
- b. Pelaporan hanya oleh atasan
- c. **Sistem anonim dan non-punitive**
- d. Pelaporan dilakukan secara lisan
- e. Laporan disimpan terbatas di unit

Pembahasan: Sistem non-punitive dan menjaga kerahasiaan pelapor merupakan kunci terbentuknya budaya keselamatan pasien (Weaver et al., 2021).

3. Mekanisme Pelaporan IKP (Aplikatif)

Setelah terjadi insiden pasien jatuh tanpa cedera, langkah pertama yang harus dilakukan perawat adalah:

- a. Mengisi formulir IKP
- b. Melaporkan ke kepala ruangan
- c. Melakukan RCA
- d. **Menstabilkan kondisi dan memastikan keselamatan pasien**
- e. Mengirim laporan ke Kemenkes

Pembahasan: Keselamatan dan kondisi klinis pasien selalu menjadi prioritas utama sebelum dokumentasi dan pelaporan administratif (WHO, 2021).

4. Metode Analisis IKP (Analitis)

Metode analisis yang paling tepat untuk menggali akar penyebab utama suatu KTD adalah:

- a. Audit medis
- b. Five Whys
- c. **Root Cause Analysis (RCA)**
- d. Incident reporting
- e. Clinical pathway

Pembahasan: RCA merupakan metode sistematis untuk mengidentifikasi akar penyebab insiden dan faktor kontribusinya secara mendalam (AHRQ, 2020).

5. Tindak Lanjut IKP (Aplikatif)

Tindak lanjut paling tepat setelah analisis hipoglikemia akibat salah injeksi insulin adalah:

- a. Memberi surat peringatan kepada perawat
- b. Mengganti seluruh staf shift malam
- c. Menutup laporan agar tidak diketahui pasien
- d. Menghentikan penggunaan insulin
- e. **Menyusun kebijakan double check dan pelatihan ulang**

Pembahasan: Tindak lanjut harus berorientasi pada sistem melalui perbaikan SOP, pelatihan, dan pengendalian risiko obat high alert (WHO, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2020). *Training and education in patient safety*. AHRQ Publication.
- Alenezi, A., Rickard, N., & McLoughlin, C. (2024). Improving patient safety through root cause analysis: A systematic review of international practices in healthcare settings. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 29(1), 15–28. <https://doi.org/10.1177/25160435231218902>
- Amalberti, R., & Vincent, C. (2020). Managing risk in hazardous systems. *Health Physics*, 118(5), 500–507. <https://doi.org/10.1097/HP.0000000000001254>
- Bagian, S. Z. (2025). Pengembangan sistem pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) berbasis web di rumah sakit. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan (The Indonesian Journal of Health Service Management)*. <https://doi.org/10.22146/jmpk.v19i4.2030>
- Bates, D. W., Levine, D. M., & Syrowatka, A. (2022). The role of health information technology in patient safety. *Health Affairs*, 41(8), 1107–1114. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.00199>
- Card, A. J. (2017). The problem with 5 whys. *BMJ Quality & Safety*, 26(8), 671–677. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2016-005844>
- Cunningham, N., Weiland, T. J., van Dijk, J., Paddle, P., Sholl, M., & Brand, C. (2020). Telephone follow-up for patients discharged from the emergency department: A systematic review of quality and safety outcomes. *Journal of Patient Safety*, 16(4), e265–e275. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000318>
- Desty, M. (2025). An examination of safety culture in patient safety incident reporting: A literature review through the spider framework. *International Journal of Research in Business and Social Science*, 14(3), 418–421. <https://doi.org/10.20525/ijrbs.v14i3.3981>
- Fekadu, G., Muir, R., Tobiano, G., Ireland, M. J., Engidaw, M. T., & Marshall, A. P. (2025). Patient safety incident reporting

- systems and reporting practices in African healthcare organisations: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open Quality*, 14(1), e003202. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-003202>
- Habli, I., Sujan, M., Giedress, S., & Gadelha, R. (2021). Safety cases for healthcare: Proactive risk management for patient safety. *Health Policy and Technology*, 10(1), 22–29. <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2021.01.001>
- Jumila, R. (2025). Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien sebagai upaya budaya keselamatan pasien di rumah sakit. *Jurnal Cakrawala Ilmiah*. <https://doi.org/10.53625/jcijurnalcakrawalailmiah.v1i5.1149>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien*. Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) untuk fasilitas pelayanan kesehatan*. Kemenkes RI.
- Lee, W., Kim, S. Y., Lee, S. I., Son, H. G., Lee, J. Y., Kim, E. Y., ... & Park, H. Y. (2022). Barriers to reporting patient safety incidents in Korea: A mixed-methods study. *BMJ Open*, 12(4), e056685. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-056685>
- Liu, H. C., Zhang, L. J., Gu, X. B., & Wang, H. (2023). Healthcare failure mode and effect analysis (HFMEA): A 20-year systematic review of its applications and graphical representation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3125. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043125>
- OECD. (2020). *Health at a glance: Europe 2020: State of health in the EU cycle*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/82129230-en>
- Pham, C. T., Brown, S. D., & Juran, J. L. (2023). Quality of patient safety incident reporting: A systematic review of

- assessment tools. *Journal of Healthcare Quality*, 45(2), 85–94.
<https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000371>
- Tague, N. R. (2005). *The quality toolbox* (2nd ed.). ASQ Quality Press.
- The Joint Commission. (2023). *Comprehensive accreditation manual for hospitals: Patient safety systems*. Joint Commission Resources.
- Vukel, J., Vujović, A., & Pejaković, S. (2022). Limitations of the 5 whys technique in healthcare root cause analysis: A systematic overview. *International Journal for Quality Research*, 16(3), 841–854.
<https://doi.org/10.24874/IJQR16.03-12>
- Weaver, S. J., Lubomksi, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2021). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158(5), 369–374.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>
- World Health Organization. (2009). *Conceptual framework for the international classification for patient safety (ICPS)*. WHO Press.
- World Health Organization. (2011). *WHO patient safety curriculum guide: Multi-professional edition*. WHO Press.
- World Health Organization. (2020). *Patient safety incident reporting and learning systems: Technical report and guidance*. WHO Press.
- World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. WHO Press.

BIODATA PENULIS



Dihan Fahry Muhammad, S.Kep., Ns., MPH lahir di Sragen, pada 15 Juli 1993. Menyelesaikan pendidikan Sarjana di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Alma Ata dan melanjutkan pendidikan Master of Health Policy Management di Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada. Saat ini penulis berprofesi sebagai Dosen di Program Studi Ilmu Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners Universitas Alma Ata Yogyakarta.

BAB 7

Peran Manajemen dan Kepemimpinan dalam Patient Safety

Bongakaraeng, SKM, M.Kes

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

CPMK 1 : Mahasiswa mampu menganalisis dan menjelaskan peran manajemen dan kepemimpinan dalam penerapan keselamatan pasien (patient safety) di fasilitas pelayanan kesehatan secara sistematis, berkelanjutan, dan berbasis budaya keselamatan pasien

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Sub-CPMK : Mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan konsep dan tujuan keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan.
2. Menguraikan peran manajemen dan kepemimpinan dalam membangun budaya keselamatan pasien.
3. Menjelaskan fungsi manajemen (perencanaan, pengorganisasian, pergerakan, dan pengendalian) dalam program patient safety.
4. Menganalisis komponen perencanaan patient safety, meliputi identifikasi risiko, SOP, indikator keselamatan, pelatihan staf, dan sarana pendukung.
5. Mengidentifikasi unsur pengorganisasian keselamatan pasien, termasuk struktur

- organisasi, peran dan tanggung jawab, serta alur pelaporan insiden.
6. Menjelaskan peran penggerakan (actuating) dalam membangun budaya non-punitive dan pelaporan insiden.
 7. Menganalisis peran pengendalian (controlling) melalui monitoring, audit, evaluasi, dan tindakan korektif keselamatan pasien.

A. Pendahuluan

Keselamatan pasien (patient safety) merupakan fondasi utama dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien mencakup upaya sistematis untuk mencegah cedera, komplikasi, serta risiko yang diakibatkan oleh kesalahan atau kegagalan dalam proses pelayanan. Organisasi kesehatan modern memandang keselamatan pasien sebagai elemen inti dalam mutu layanan, karena tanpa keselamatan, kualitas pelayanan tidak dapat dikatakan tercapai. Manajemen dan kepemimpinan memegang peranan fundamental dalam membangun dan mempertahankan budaya keselamatan pasien. Manajemen memastikan tersedianya sistem, prosedur, dan sumber daya yang dibutuhkan untuk mengurangi risiko. Sementara kepemimpinan berperan dalam memberikan inspirasi, arahan, dan penguatan budaya keselamatan sehingga seluruh tenaga kesehatan terlibat aktif dalam pencegahan insiden. Di banyak fasilitas kesehatan, insiden keselamatan pasien masih sering terjadi, termasuk Kejadian Tidak Diinginkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), dan Kejadian Tak Cedera (KTC). Tingginya insiden sering kali dipengaruhi oleh faktor komunikasi, faktor manusia (human error), sistem yang tidak memadai, beban kerja berlebih, kurangnya koordinasi tim, serta lemahnya implementasi budaya keselamatan. Oleh karena itu, peran manajemen yang kuat dan kepemimpinan yang efektif sangat diperlukan untuk menciptakan sistem yang aman.

Keselamatan pasien bukan hanya tanggung jawab klinisi, tetapi merupakan kewajiban organisasi. Dalam konteks ini, manajemen bertugas membangun struktur organisasi keselamatan, mengembangkan kebijakan, dan memastikan sistem pelaporan insiden berjalan tanpa budaya saling menyalahkan. Pemimpin, di sisi lain, menetapkan visi, mempengaruhi staf, dan menciptakan lingkungan yang kondusif untuk memperkuat partisipasi semua pihak. Integrasi manajemen dan kepemimpinan menjadi langkah strategis dalam mengurangi kejadian sentinel, meningkatkan kepercayaan masyarakat, memenuhi standar akreditasi, serta menciptakan pelayanan yang aman dan efektif. Buku ajar ini disusun untuk memberikan pemahaman komprehensif mengenai konsep, peran, strategi, serta implementasi manajemen dan kepemimpinan dalam keselamatan pasien.

Kepemimpinan (*leadership*) merupakan kemampuan seseorang untuk mempengaruhi, mengarahkan, dan memotivasi individu atau kelompok dalam mencapai tujuan bersama (Robbins & Coulter, 2018). Dalam pelayanan kesehatan, kepemimpinan tidak hanya ditentukan oleh jabatan formal, tetapi juga oleh kemampuan seorang pemimpin untuk menjadi panutan dalam nilai etika, komunikasi, dan komitmen terhadap keselamatan pasien. Pemimpin yang efektif mampu menciptakan suasana kerja yang terbuka, mendorong inovasi, dan mengembangkan budaya keselamatan di setiap lini organisasi.

Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan memiliki tanggung jawab utama dalam mewujudkan budaya keselamatan pasien. Kepemimpinan yang efektif harus menunjukkan komitmen terhadap keselamatan melalui tindakan nyata, bukan sekadar kebijakan tertulis. Pemimpin harus memastikan bahwa keselamatan pasien menjadi bagian integral dari visi, misi, dan sasaran mutu organisasi. Peran pimpinan antara lain: Menetapkan arah dan kebijakan, Menyusun visi dan strategi organisasi yang menempatkan keselamatan pasien sebagai prioritas utama; Mendorong

budaya pelaporan, Membangun sistem pelaporan insiden yang aman dan bebas dari sanksi; Memberikan pelatihan, Memastikan seluruh staf memahami prinsip keselamatan pasien melalui pelatihan berkelanjutan; Melakukan evaluasi dan umpan balik, Mendorong penggunaan hasil analisis insiden untuk perbaikan sistem pelayanan; Menjadi teladan, Pemimpin harus menunjukkan perilaku yang berfokus pada keselamatan dalam setiap tindakan dan keputusan. Kepemimpinan yang transformatif mampu membangun iklim kerja kolaboratif dan saling percaya, yang pada akhirnya meningkatkan mutu pelayanan serta menurunkan angka kejadian tidak diharapkan.

B. Konsep Dasar Manajemen, Kepemimpinan dan *Patient Safety*

Manajemen adalah merupakan proses merencanakan, mengorganisasi, menggerakkan, dan mengendalikan sumber daya untuk mencapai tujuan organisasi secara efektif dan efisien. Dalam fasilitas pelayanan kesehatan, manajemen memastikan pelayanan berjalan aman, terstandar, dan berorientasi pada kebutuhan pasien. Manajemen patient safety meliputi perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi kegiatan keselamatan pasien di fasilitas kesehatan. Proses ini diawali dengan pembentukan *Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS)* yang bertanggung jawab terhadap pengembangan kebijakan, sosialisasi, serta monitoring pelaksanaan program keselamatan (Kemenkes RI, 2017).

Pendekatan sistem manajemen keselamatan pasien harus mencakup: Perencanaan, yaitu menetapkan tujuan keselamatan, kebijakan, dan program kerja tahunan; Implementasi, yaitu melakukan pelatihan, sosialisasi, dan penerapan standar keselamatan; Evaluasi, yaitu mengumpulkan data insiden, menganalisis akar penyebab (*root cause analysis*), dan membuat rencana perbaikan; Pengendalian, yaitu menetapkan tindakan korektif, melakukan audit internal, serta melaporkan hasil evaluasi kepada manajemen puncak. Keberhasilan manajemen keselamatan pasien sangat bergantung pada dukungan sumber daya manusia, komunikasi

lintas profesi, serta komitmen pimpinan untuk menindaklanjuti setiap temuan secara konsisten.

1. Perencanaan (Planning)

Perencanaan adalah proses awal untuk menetapkan tujuan, merancang kebijakan, dan menentukan langkah-langkah untuk mencapainya. Dalam konteks keselamatan pasien, perencanaan mencakup:

a. Identifikasi risiko pelayanan

Identifikasi risiko pelayanan dalam proses perencanaan manajemen patient safety berarti Proses mengenali dan menemukan potensi bahaya atau kondisi yang dapat menyebabkan cedera, kesalahan, atau insiden pada pasien selama menerima pelayanan kesehatan. Dengan kata lain, identifikasi risiko adalah langkah awal dan paling penting untuk mengetahui apa saja yang bisa salah dalam pelayanan, sehingga dapat dicegah sebelum terjadi. Tujuan Identifikasi Risiko adalah untuk mengetahui semua potensi kejadian yang bisa mengancam keselamatan pasien; menentukan titik rawan (*critical points*) dalam alur pelayanan; dan menjadi dasar penyusunan strategi pencegahan dan kontrol risiko. Metode yang digunakan dalam melakukan identifikasi resiko antara lain adalah Observasi langsung (*walkthrough*), Analisis alur proses (*process mapping*), Wawancara staf, Review insiden sebelumnya, Penggunaan checklist risiko.

b. Penyusunan standar operasional prosedur (SOP)

Penyusunan SOP dalam proses perencanaan manajemen *patient safety* berarti Proses membuat pedoman kerja yang tertulis, sistematis, dan terstandar untuk memastikan setiap tindakan pelayanan kesehatan dilakukan dengan cara yang benar, aman, konsisten, dan sesuai prinsip keselamatan pasien. Dengan kata lain, penyusunan SOP adalah upaya mendefinisikan cara terbaik dan teraman dalam melakukan sebuah prosedur agar risiko kesalahan

dapat diminimalkan. Tujuannya adalah mencegah variasi tindakan yang dapat menimbulkan kesalahan, memastikan semua tenaga kesehatan bekerja sesuai standar keselamatan, memberikan kejelasan langkah-langkah kerja pada setiap prosedur klinis maupun non klinis, menjadi dasar pelatihan, audit, dan evaluasi keselamatan pasien serta menjamin pelayanan yang konsisten, aman, efektif, dan efisien.

c. Penetapan indikator keselamatan pasien

Penetapan indikator keselamatan pasien dalam proses perencanaan manajemen *patient safety* berarti menentukan ukuran atau parameter yang akan digunakan untuk memantau, menilai, dan mengevaluasi tingkat keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan. Indikator ini berfungsi sebagai alat ukur yang objektif, sehingga organisasi dapat mengetahui apakah pelayanan sudah aman, apakah risiko menurun, dan apakah tindakan perbaikan sudah efektif. Tujuan Penetapan Indikator Keselamatan Pasien adalah untuk mengukur kinerja keselamatan pasien secara teratur, mengidentifikasi area yang berisiko tinggi sehingga dapat dilakukan intervensi, memonitor tren insiden dari waktu ke waktu, menilai efektivitas program keselamatan pasien yang sudah diterapkan dan menjadi dasar dalam pengambilan keputusan manajemen dan perencanaan perbaikan mutu. Pada umumnya indikator dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu: Indikator Outcome untuk mengukur hasil akhir pada pasien; Indikator Proses, untuk mengukur sejauh mana prosedur keselamatan dijalankan dengan benar, Indikator Struktur untuk mengukur kesiapan sarana, prasarana, dan sistem.

d. Rencana pelatihan staf

Rencana pelatihan staf dalam proses perencanaan manajemen *patient safety* berarti melakukan penyusunan program pelatihan yang terencana,

terstruktur, dan berkelanjutan untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan sikap seluruh tenaga kesehatan agar mampu memberikan pelayanan yang aman serta mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien, atau dengan kata lain rencana pelatihan staf adalah upaya manajemen menyiapkan sumber daya manusia (SDM) yang kompeten dalam *patient safety* melalui pelatihan yang tepat sasaran yang bertujuan untuk meningkatkan pemahaman staf tentang prinsip keselamatan pasien, mengurangi risiko kesalahan melalui pengetahuan dan keterampilan yang lebih baik, mempersiapkan staf baru agar mampu bekerja sesuai standar keselamatan, mengembangkan kompetensi klinis dan nonklinis terkait keamanan pelayanan, membentuk budaya keselamatan melalui pembelajaran yang berkelanjutan serta memastikan seluruh staf memiliki kapabilitas yang seragam dan terstandar.

e. Pengadaan sarana pendukung keselamatan

Pengadaan sarana pendukung keselamatan adalah langkah dalam proses perencanaan keselamatan pasien yang berfokus pada penyediaan semua fasilitas, alat, teknologi, dan perlengkapan yang diperlukan untuk mencegah insiden keselamatan serta mendukung pelayanan yang aman dan berkualitas. Artinya, fasilitas pelayanan kesehatan harus memastikan bahwa semua sarana fisik dan teknologi yang diperlukan untuk menjalankan standar keselamatan pasien tersedia, berfungsi baik, dan sesuai standar sehingga risiko cedera, kesalahan medis, maupun insiden lainnya dapat diminimalkan. Tujuan pengadaan sarana pendukung keselamatan adalah untuk menjamin lingkungan kerja yang aman bagi pasien dan tenaga kesehatan, mengurangi potensi terjadinya kesalahan akibat peralatan yang rusak, tidak tersedia, atau tidak sesuai standar, mendukung pelaksanaan SOP keselamatan pasien secara maksimal,

memungkinkan deteksi dini masalah keselamatan, misalnya melalui alarm atau sistem monitoring, dan memperkuat budaya keselamatan karena tenaga kesehatan memiliki sarana memadai untuk bekerja secara aman. Kegiatan yang termasuk dalam pengadaan sarana pendukung keselamatan seperti menilai kebutuhan sarana berdasarkan risiko pelayanan (*risk-based facility planning*), menetapkan standar peralatan yang harus dipenuhi tiap unit, Menyusun anggaran pengadaan peralatan dan fasilitas *safety*, memastikan proses pembelian sesuai standar mutu dan keselamatan, melakukan inspeksi dan validasi peralatan sebelum digunakan, mengatur jadwal pemeliharaan (*maintenance*) dan kalibrasi berkala, menjamin ketersediaan sarana setiap saat di unit-unit pelayanan kritis.

2. Pengorganisasian (Organizing)

Pengorganisasian mencakup pembentukan struktur organisasi yang efektif, pembagian peran, serta alokasi sumber daya. Unsur pengorganisasian ini memastikan bahwa semua sumber daya, peran, tugas, dan alur kerja tersusun jelas sehingga keselamatan pasien dapat terjamin secara sistematis dan berkelanjutan.

- a. Pembentukan Struktur Organisasi Keselamatan Pasien
Pengorganisasian dimulai dengan membentuk struktur yang mendukung implementasi *patient safety*, misalnya: Komite/Tim Keselamatan Pasien (TKP), Koordinator Keselamatan Pasien di unit-unit, Petugas mutu dan keselamatan pasien. Struktur ini mencakup garis komando yang jelas, pembagian tugas, serta kewenangan masing-masing posisi.
- b. Penetapan Peran dan Tanggung Jawab
Dalam pengorganisasian, setiap jabatan harus memiliki uraian tugas (*job description*) yang jelas: Direktur: menetapkan kebijakan, menyediakan sumber daya; Komite Keselamatan Pasien: merancang program,

memantau implementasi; Kepala Unit: memastikan penerapan di unit masing-masing; Staf klinis dan non klinis: melaksanakan prosedur keselamatan pasien. Tujuannya adalah untuk menghindari tumpang tindih peran dan memastikan akuntabilitas.

c. Penetapan Alur Pelaporan dan Koordinasi

Pengorganisasian mencakup penyusunan alur komunikasi yang jelas: Alur pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) seperti KTD, KNC, KPC, KTC, Alur investigasi (RCA, FMEA), Mekanisme umpan balik dan koordinasi antar unit. Pengaturan alur yang baik membantu respon cepat dan pencegahan insiden berulang.

d. Pengaturan Sumber Daya (Manusia, Fasilitas, dan Logistik)

Pengorganisasian memastikan ketersediaan sumber daya yang menunjang program: Penempatan SDM sesuai kompetensi (perawat, dokter, analis, IPCN, dll.), Penetapan kebutuhan fasilitas pendukung keselamatan pasien (misalnya alat identifikasi pasien, formularium obat, APD, sistem IT), Pengelolaan anggaran untuk program patient safety.

e. Penyusunan SOP dan Standar Operasional Keselamatan Pasien

Pengorganisasian mencakup penyusunan SOP yang menjadi pedoman kerja: SOP identifikasi pasien, SOP komunikasi efektif (SBAR), SOP pencegahan infeksi, SOP penatalaksanaan obat *high-alert*, SOP pencegahan jatuh. SOP ini memastikan bahwa seluruh staf bekerja dengan standar yang konsisten.

f. Pembentukan Mekanisme Kolaborasi dan Tim Multidisiplin

Program patient safety memerlukan kolaborasi lintas profesi: Kolaborasi dokter-perawat-farmasi-laboratorium-administrasi, *Daily safety briefing* antar profesi, Komite lintas unit (Mutu, PPI, Keperawatan,

Medik), Organisasi yang kolaboratif meningkatkan kualitas pengambilan keputusan dan meminimalkan kesalahan.

- g. Pengorganisasian Kegiatan Edukasi dan Pelatihan
Pelatihan keselamatan pasien harus terstruktur: Pelatihan orientasi bagi staf baru, Pelatihan berkala tentang KKP (enam sasaran keselamatan pasien), Pelatihan analisis insiden, Penjadwalan, fasilitator, dan peserta diorganisasi secara sistematis.

Dengan pengorganisasian yang baik, program keselamatan pasien dapat berjalan efektif, terukur, dan berkelanjutan.

3. Penggerakan (Actuating)

Fungsi ini mencakup motivasi, komunikasi, pembinaan, dan pemberdayaan staf. Manajemen harus mampu menciptakan lingkungan kerja yang mendukung pelaporan insiden tanpa ketakutan (*non-punitive approach*). Penggerakan merupakan fungsi manajemen yang fokus pada *bagaimana memotivasi, mengarahkan, dan menggerakkan* seluruh staf agar program keselamatan pasien benar-benar dilaksanakan, bukan hanya direncanakan.

a. Memberikan Motivasi kepada Seluruh Staf

Dalam patient safety, motivasi sangat penting agar staf mau melaporkan insiden dan menjalankan SOP dengan kesadaran, bukan karena paksaan. Memberikan semangat untuk budaya *no blame* atau *just culture*, menjelaskan manfaat keselamatan pasien bagi pasien, staf, dan fasilitas, penghargaan bagi unit atau staf yang aktif melaporkan insiden. Motivasi membantu terciptanya komitmen bersama untuk menjaga keselamatan pasien.

b. Memberikan Arahan dan Bimbingan Kerja

Manajer atau pimpinan unit harus memberi instruksi yang jelas tentang cara implementasi standar keselamatan pasien. Arahannya harus jelas, konsisten, dan mudah dipahami seluruh staf. Misalnya arahan

yang terkait dengan cara identifikasi pasien yang benar, penggunaan komunikasi efektif (SBAR), tindakan pencegahan infeksi dan pengendalian risiko, prosedur pemberian obat *high-alert*, ataupun tindak lanjut jika terjadi KTD/KNC.

c. Memfasilitasi Pelaksanaan SOP dan Program

Penggerakan mencakup memastikan staf *mampu* menjalankan SOP, bukan hanya mengetahui SOP, yang mencakup penyediaan sarana dan alat yang diperlukan, menjamin akses pada SOP terbaru (buku, aplikasi, papan informasi), mendorong pelaksanaan *safety briefing*, *handover*, dan *clinical pathway*, memberi dukungan selama perubahan budaya kerja.

d. Membangun Komunikasi Efektif Antar Tim

Actuating menekankan pentingnya komunikasi dua arah untuk dapat menyampaikan instruksi yang jelas, mendengarkan kendala staf dalam menerapkan *patient safety*, menyampaikan umpan balik terhadap laporan insiden, melakukan rapat koordinasi rutin. Komunikasi yang baik mempercepat identifikasi masalah dan solusi.

e. Melakukan Supervisi dan Monitoring Lapangan

Penggerakan juga berupa kehadiran langsung pimpinan atau supervisor di lapangan. Observasi penerapan 6 Sasaran Keselamatan Pasien (SKP), yaitu ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan Keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*), kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien operasi. Enam sasaran ini menjadi fondasi utama budaya keselamatan pasien, menekankan pencegahan kesalahan, komunikasi efektif, dan perlindungan pasien selama proses pelayanan kesehatan. Selain observasi penerapan 6 prinsip tersebut, dilakukan pula penilaian akan kepatuhan terhadap SOP, membantu

staf yang mengalami hambatan, serta memberi contoh praktik yang benar (*role modeling*). Supervisi sangat penting dilakukan karena supervisi yang aktif meningkatkan kedisiplinan dan konsistensi.

f. Mendorong Budaya Pelaporan Insiden

Actuating berarti membuat staf merasa aman melaporkan insiden tanpa takut dihukum. Oleh karena itu pihak manajemen perlu untuk menegakkan budaya *non-punitive reporting*, sosialisasi perbedaan KTD, KNC, KPC, dan KTC, menyediakan sistem pelaporan yang mudah (form, aplikasi), serta memberikan respon cepat atas laporan. Tujuannya adalah agar resiko dapat diidentifikasi dengan cepat.

g. Memberikan Penguatan dan Apresiasi

Penguatan positif membantu menggerakkan staf agar tetap berkomitmen. Apresiasi terhadap kinerja dan disiplin kerja yang baik dapat berupa penghargaan unit dengan tingkat kepatuhan SOP tinggi, sertifikat untuk partisipasi aktif dalam investigasi insiden, ataupun publikasi “Unit Aman” atau “Staf Teladan *Patient Safety*” Reward yang tepat meningkatkan motivasi dan kinerja.

h. Pembinaan dan Penegakan Disiplin

Meskipun budaya tanpa menyalahkan penting, tetap diperlukan kedisiplinan. Penegakan disiplin dalam upaya mencegah resiko terhadap layanan pada klien/pasien dapat berupa pembinaan bagi staf yang berulang kali tidak patuh SOP, pendekatan edukatif sebelum tindakan administratif, konsistensi penegakan aturan keselamatan pasien. Disiplin kerja yang tinggi dapat menjaga mutu kerja dan mutu layanan serta mencegah risiko berulang. Jadi tujuan utama dari pembinaan dan penegakan disiplin di tempat kerja adalah untuk memastikan seluruh staf *melaksanakan* program keselamatan pasien secara konsisten sehingga

budaya keselamatan tumbuh kuat di fasilitas layanan kesehatan.

4. Pengendalian (*Controlling*)

Pengendalian memastikan bahwa pelaksanaan kegiatan berjalan sesuai standar. Manajemen harus memastikan kontrol mutu yang konsisten sehingga insiden dapat dicegah atau diminimalkan. Unsur manajemen pengendalian (*controlling*) dalam program *Patient Safety* dimulai dengan: pertama; menetapkan indikator mutu dan keselamatan pasien, kedua; melakukan monitoring dan audit keselamatan pasien, ketiga; melakukan pengukuran dan analisis data pasien, ke empat; evaluasi kinerja keselamatan pasien yang mencakup upaya membandingkan capaian indikator dengan target, menilai efektivitas intervensi dan menilai kepatuhan staf terhadap SOP dan standar keselamatan, ke lima; penyediaan umpan balik dan rekomendasi terkait hasil audit, analisis insiden, evaluasi kinerja, dan rekomendasi perbaikan, ke enam; tindakan korektif dan pencegahan. ke tujuh; pelaporan dan dokumentasi. ke delapan; review kebijakan dan penyempurnaan berkelanjutan. Kegiatan ini dilakukan secara berkala untuk merevisi kebijakan keselamatan pasien, melakukan penyempurnaan SOP serta penyesuaian dengan standar terbaru.

Contoh Soal

1. Seorang perempuan berumur 40 tahun datang ke puskesmas dengan keluhan: pusing, susah tidur, pandangan mata kabur dan hasil TD 170/90 mmHG. Gejala yang terjadi pada pasien tersebut termasuk dalam gejala penyakit ...
 - a. Insomnia
 - b. **Hipertensi**
 - c. Vertigo
 - d. Migrain
 - e. DM
2. Di bawah ini penyebab -penyebab dari hipertensi sekunder adalah...
 - a. Faktor keturunan
 - b. Bukan faktor keturunan
 - c. Jenis kelamin
 - d. Umur
 - e. **Gaya hidup**
3. Mengonsumsi garam berlebih setiap hari dapat menyebabkan penyakit...
 - a. **Hipertensi**
 - b. DM
 - c. Diare
 - d. Konstipasi
 - e. Gagal nafas
4. Di bawah ini yang dapat menyebabkan meningkatnya tekanan darah adalah, kecuali...
 - a. Jantung yang memompa lebih kuat
 - b. Arteri besar kehilangan kelenturannya
 - c. **Berkurangnya cairan didalam sirkulasi**
 - d. Adanya tekanan ginjal yang tidak normal
 - e. Bertambahnya cairan didalam sirkulasi
5. Komplikasi yang sering terjadi pada pasien hipertensi adalah, kecuali...
 - a. Gagal Jantung
 - b. Stroke
 - c. **Diare**
 - d. Kerusakan paru
 - e. MCI

DAFTAR PUSTAKA

- Donabedian, A. (2005). *Evaluating the Quality of Medical Care*. Milbank Quarterly.
- Hughes, R. (2008). *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. AHRQ.
- Institute for Healthcare Improvement.(2020). *Root Cause Analyses and Actions*.
- .(2020). *Model for Improvement and PDSA Cycles*.
- .(2017–2020). *Quality Improvement Tools*.
- Joint Commission International (JCI). (2021). *International Patient Safety Goals*. Illinois: JCI.
- .(2021). *Patient Safety Systems (PS) Requirements*.
- KARS. (2022). *Standar Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1 Keselamatan Pasien*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. Jakarta.
- OECD. (2017). *The Economics of Patient Safety*.
- Reason, J. (2000). *Human Error: Models and Management*. BMJ.
- Robbins, S. P., & Coulter, M. (2018). *Management*. 14th Edition.
- Sutoto. (2018). *Budaya Keselamatan Pasien dan Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS).
- Terry, G. R. (2012). *Principles of Management*.
- WHO. (2017). *Patient Safety: Making Health Care Safer*.
- Vincent, C. (2010). *Patient Safety*. Wiley-Blackwell.
- WHO. (2005). *Adverse Event Reporting and Learning Systems*.
- .(2009). *Patient Safety Curriculum Guide*.
- .(2017). *Patient Safety: Making Health Care Safer*.
- .(2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*.
- Yukl, G. (2019). *Leadership in Organizations*. 9th Edition.

BIODATA PENULIS



Bongakaraeng, SKM, M.Kes lahir di Rantekamiri, Sulawesi Barat, Alumni S1 FKM UNHAS Makassar dan S2 UGM Yogyakarta. Pendidikan S1 sampai S2 konsentrasi keilmuan bidang Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3). Sampai sekarang sebagai Dosen di Poltekkes Kemenkes Manado.

BAB 8

Standar Operasional Prosedur (SOP) dan *Clinical Pathway*

Ns. Yusnilawati, S.Kep., M.Kep

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

CPMK 1 : Mahasiswa mampu menjelaskan, mengidentifikasi, memahami, dan menganalisis, serta menginternalisasi Standar Operasional Prosedur (SOP) dan *Clinical Pathway*

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Sub-CPMK : Mahasiswa mampu:

1

1. Mengidentifikasi konsep Standar Operasional Prosedur (SOP) dan *Clinical Pathway*
2. Memahami indikator pokok dan penulisan Standar Operasional Prosedur (SOP)
3. Menganalisis Tujuan Standar Operasional Prosedur (SOP) dan *Clinical Pathway*
4. Menjelaskan pentingnya hal-hal dalam penerapan Standar prosedur Operasioan (SOP)
5. Menginternalisasi proses Penyusunan serta Penyebab kegagalan dalam pengaplikasian *Clinical Pathway*

A. Pendahuluan

Standar prosedur operasional (SOP) dan *Clinical Pathway* menjadi fondasi utama dalam menilai mutu suatu pelayanan kesehatan. Tujuan kedua prosedur tersebut untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang efektif, efisien, konsisten dan sesuai standar terkini, sekaligus mengurangi variasi praktik klinis yang tidak perlu serta menjaga keselamatan pasien serta menghindari kemungkinan bahaya yang disengaja atau tidak disengaja selama mendapatkan pelayanan kesehatan oleh tenaga kesehatan. Keselamatan pasien adalah sebuah sistem aman yang dilakukan oleh seluruh tenaga kesehatan, dimulai dari pengkajian, identifikasi, sampai analisis kejadian dengan tujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan (Hadi, 2017).

Standar keselamatan pasien berfungsi sebagai panduan untuk memastikan bahwa setiap kegiatan operasional berjalan secara konsisten dan lancar. Standar Operasioanal Prosedur (SOP) dan *Clinical Pahtway* merupakan dua instrumen yang memiliki peran dalam tata kelola pelayanan kesehatan yang saling melengkapi. *Clinical Pathway* memberikan kerangka besar perawatan komprehensif, sedangkan Standar Operasioanal Prosedur (SOP) memastikan setiap prosedur dalam *Clinical pathway* tersebut dilakukan secara konsisten dan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.

Untuk mencapai pelayanan yang optimal, diperlukan adanya standar kerja yang jelas dan terstruktur agar setiap proses dapat dilaksanakan secara konsisten. Standar Operasioanal Prosedur (SOP) merupakan dokumen yang memuat mengenai serangkaian perintah atau instruksi yang telah dibuat secara tertulis, kemudian dibakukan pada berbagai proses penyelenggaraan admistrasi perkatoran yang terdiri dari cara melakukan pekerjaan, tempat penyelenggaraan, waktu pelaksanaan dan individu yang terlibat dalam aktiitas (Insani, 2010).

Standar Operasioanal Prosedur (SOP) menjadi perangkat yang memandu setiap individu dan unit kerja

melaksanakan aktivitasnya secara konsisten dan tepat dalam rangka mencapai tujuan yang di inginkan. Standar Operasioanal Prosedur (SOP) yang tepat dan benar menjadi hal yang penting agar memiliki pedoman yang baku dalam melaksanakan peran dan tanggung jawabnya.

Clinical Pathway adalah suatu perangkat yang berperan sebagai kendali mutu, perangkat kendali biaya dan perangkat pengurangan variasi tindakan medis (Pinzon,2014). Fungsi utama *Clinical Pathway* adalah mengarahkan perawatan pasien secara sistematis berbasis bukti untuk meningkatkan mutu, efisiensi dan keselamatan pasien dengan cara mengintegrasikan standar asuhan berbagai profesi (dokter, perawat, farmasi) dalam satu alur mulai dari masuk hingga pulang. Ini membantu mengurangi biaya, mempersingkat lama rawat, meminimalkan tindakan tidak perlu, meningkatkan koordinasi tim medis serta memberikan edukasi yang jelas kepada pasien.

Dengan adanya *Clinical Pathway*, tenaga medis dapat mengikuti standar yang telah ditetapkan untuk setiap kondisi medis pasien, hal ini membantu meningkatkan kualitas pelayanan karena perawatan yang diberikan sudah terstruktur dan berbasis bukti ilmiah serta untuk meminimalkan resiko serta meningkatkan keselamatan pasien terhadap kesalahan medis akibat ketidakkonsistenan dalam melaksanakan tindakan sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang terintegrasi dengan *Clinical Pathway*.

B. Konsep Standar Operasional Prosedur (SOP) dan *Clinical Pathway*

1. Pengertian Standar Operasional Prosedur (SOP)

Standar Operasional Prosedur atau biasa disebut dengan nama SOP merupakan petunjuk berupa panduan yang memiliki manfaat untuk memastikan apakah kegiatan organisasi dapat berjalan dengan baik dan lancar (Sailendra, 2015). Standar Operasional Prosedur (SOP) tidak hanya menjadi alat untuk menjaga konsistensi dalam pelayanan, tetapi juga merupakan instrumen penting dalam sistem manajemen mutu rumah sakit (Bakobat et al, 2021).

2. Indikator pokok Standar Operasional Prosedur (SOP)
Menurut Santoso (2014). Indikator penting dalam Standar Operasional Prosedur (SOP) adalah :
 - a. Efisiensi didefinisikan sebagai ketepatan. Hal ini berkaitan dengan kegiatan atau aktivitas yang diharapkan akan lebih tepat dan sesuai dengan tujuan dan target.
 - b. Konsistensi yaitu keyakinan atau hal yang tidak berubah yang dapat dihitung dengan tepat.
 - c. Mencegah kesalahan. Yang berarti menghindari kesalahan di setiap area tenaga kerja. Standar Operasional Prosedur (SOP) berfungsi sebagai pedoman jelas yang membantu setiap karyawan menjalankan aktivitas kerjanya secara sistematis.
3. Hal -hal yang perlu dipertimbangkan dalam penerapan Standar Operasional Prosedur (SOP), yaitu :
 - a. Setiap pelaksana harus mengetahui mengenai perubahan Standar Operasional Prosedur (SOP) serta alasan perubahannya.
 - b. Salinan Standar Operasional Prosedur (SOP) disebarluaskan sesuai kebutuhan dan setiap pelaksana dipastikan dapat mengakses Standar Operasioanal Prosedur (SOP) tersebut.
 - c. Setiap pelaksana mengetahui perannya masing-masing dalam Standar Operasional Prosedur (SOP) dan menggunakan semua pengetahuan yang dimiliki untuk menerapkan Standar Operasi Prosedur (SOP) secara efektif.
 - d. Dalam menerapkan Standar Operasional Prosedur (SOP), terdapat sebuah mekanisme untuk memantau kinerja dan mengidentifikasi masalah yang mungkin timbul.

Saat Prosedur Operasional Prosedur (SOP) dibuat dan diterapkan dengan baik oleh seluruh bagian perusahaan, maka prosedur tersebut akan sangat membantu mencapai

tujuan perusahaan dan memastikan bahwa semua operasi perusahaan berjalan dengan baik.

4. Tujuan Standar Operasional Prosedur (SOP),
Secara spesifik tujuan dari Standar Operasional Prosedur (SOP) (Arnani, 2016), antara lain :
 - a. Memberikan keterangan atau kejelasan tentang alur, proses kerja, wewenang dan tanggung jawab dalam bekerja
 - b. Menjaga konsistensi dalam menjalankan suatu prosedur Kerja
 - c. Mengetahui dengan jelas peran Penulis dan fungsi tiap-tiap Posisi
 - d. Memudahkan proses pengontrolan pada setiap prosedur kerja
 - e. Menghindari kesalahan
 - f. Menghindari tumpang tindih pelaksanaan tugas
 - g. Memberikan keterangan tentang dokumen-dokumen yang dibutuhkan dalam suatu proses kerja
 - h. Sebagai pedoman dsms mengerjakan pekerjaan rutin
 - i. Menghindari kesalahan, keraguan, duplikasi dan inefisiensi
 - j. Memberikan efisiensi waktu karena semua proses kerja sudah terstruktur dalam dokumen tertulis
 - k. Dapat digunakan sebagai alat ukur kinerja pegawai
 - l. Mengurangi beban kerja dan meningkatkan *comparability*, *credibility* dan *desensibility*
 - m. Memudahkan tahapan pelayanan yang diberikan kepada masyarakat sebagai konsumen dilihat dari kesederhanaan alur pelayanan.
5. Penulisan Standar Operasional Prosedur (SOP)
Cara penulisan SOP yang efektif menurut Developing, 2003 sebagai berikut :
 - a. Menuliskan setiap tahapan proses pada suatu prosedur dalam kalimat yang pendek. Kalimat yang panjang akan susah untuk dimengerti dan mungkin saja mengandung lebih dari satu tahapan proses
 - b. Menuliskan setiap tahapan proses pada suatu prosedur dalam bentuk kalimat perintah. Kalimat perintah akan

lebih mudah dimengerti karena langsung menunjuk pada suatu hal yang harus dilakukan

- c. Mengkomunikasikan secara jelas setiap kata yang digunakan dalam suatu prosedur. Orang yang akan menggunakannya akan lebih cepat mengerti apa yang disampaikan tanpa harus berpikir terlebih dahulu
 - d. Menggunakan singkatan atau istilah yang umum digunakan dalam kegiatan sehari-hari. Jika singkatan atau istilah yang digunakan tidak umum, maka akan dapat mengakibatkan orang yang menggunakan prosedur tersebut menjadi bingung dan tidak mengerti apa yang ditulis dalam prosedur tersebut.
6. Pengertian *Clinical Pathway*

Clinical Pathway menurut Firmanda (2005) adalah suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit.

Clinical Pathway merupakan prosedur kompleks yang digunakan oleh tim profesional medis untuk mengatur dan menentukan proses perawatan bagi sekelompok pasien tertentu dengan kondisi kesehatan yang sama. Dimana memerlukan perawatan medis yang terdefinisi dengan baik selama periode tertentu (Schrijvers et al.,2011). *Clinical Pathway* mencakup proses pengambilan keputusan yang dibagi antara pasien, keluarga dan tim medis untuk memastikan bahwa perawatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien. Hal ini sangat penting untuk memastikan bahwa pasien menerima perawatan terbaik dan paling optimal berdasarkan kondisi kesehatan mereka.

7. Tujuan utama *clinical pathway*
- a. Meningkatkan kualitas : Menjamin perawatan yang konsisten dan berkualitas tinggi

- b. Efisiensi biaya : Mengurangi biaya perawatan dengan menghindari tindakan yang tidak perlu dan mengoptimalkan sumber daya
 - c. Efisiensi waktu : Menurunkan durasi perawatan (lama rawat inap)
 - d. Standarisasi : Menyeragamkan langkah-langkah pelayanan untuk penyakit tertentu, namun tetap memperhatikan aspek individual pasien
 - e. Edukasi pasien : Membantu pasien memahami perkiraan alur perawatan yang akan mereka jalani
8. Proses penyusunan *clinical pathway* di rumah sakit terdiri dari 9 tahap (Djasri, 2016) :
- a. Pembentukan Tim Penyusun *Clinical Pathway*
Identifikasi *key players* yang bertujuan untuk mengetahui siapa saja yang terlibat dalam penanganan kasus
 - b. Pelaksanaan *site visit* di Rumah Sakit
Bertujuan untuk mengenal praktek yang sedang berlangsung
 - c. Studi Literatur
Diperlukan untuk menggali pertanyaan klinis yang perlu dijawab dalam pengambilan keputusan klinis
 - d. Diskusi kelompok Terarah (*Focused Group Discussion*)
Dilakukan untuk mengenal kebutuhan pelanggan. Diskusi kelompok diperlukan untuk memberi masukan dalam pengembangan indikator mutu pelayanan klinis dan kepuasan pelanggan
 - e. Penyusunan Pedoman Klinik
Dilakukan dengan mempertimbangkan hasil *site visit*, hasil studi literatur (berbasis bukti ilmiah) dan hasil diskusi kelompok terarah
 - f. Analisis Bauran Kasus
Dilakukan untuk menyediakan informasi penting pada saat dan sebelum maupun setelah penerapan *clinical pathway* yang meliputi *length of stay*, biaya per kasus, obat-obatan yang digunakan

- g. Menetapkan Sistem Pengukuran Proses dan Outcome Pengukuran fungsi tubuh dan mobilitas, tingkat kesadaran, temperatur, tekanan darah, fungsi paru dan skala kesehatan pasien (*wellness indicator*)
 - h. Mendesain Dokumen *Clinical Pathway*
Penyusunan dokumentasi *clinical pathway* perlu memperhatikan format *clinical pathway*, ukuran kertas, tepi dan perforasi untuk filing. Perlu diperhatikan bahwa penyusunan dokumentasi ini perlu mendapatkan ratifikasi oleh Instansi Rekam Medik untuk melihat kesesuaian dengan dokumentasi lain.
9. Menurut Midelton dan Robert (2000), penyebab gagalnya pengaplikasian Jalur Klinis (*Clinical Pathway*) :
- a. Budaya profesional
 - b. Kurangnya dukungan organisasi
 - c. Kurangnya waktu dan sumber daya
 - d. Pendekatan khusus

Jalur klinis (*clinical pathway*) adalah pedoman kerjasama atau kolaboratif terhadap perawatan pasien yang mengalami masalah kesehatan di pelayanan kesehatan. Urutan dan waktu yang optimal oleh dokter, perawat dan profesional kesehatan lainnya untuk diagnosis dan prosedur tertentu, yang dirancang untuk meminimalkan penundaan dan pemanfaatan sumber daya serta untuk memaksimalkan kualitas pelayanan. Rumah sakit harus mendorong peningkatan kerja sama antar disiplin ilmu untuk memastikan kesinambungan perawatan pasien baik selama masa rawat inap maupun di masyarakat.

Soal Essai :

1. Keselamatan pasien adalah sebuah sistem aman yang dilakukan oleh seluruh tenaga kesehatan, dimulai dari pengkajian, identifikasi, sampai analisis kejadian dengan tujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, Penjelasan di atas merupakan pengertian dari ?

Jawab : Keselamatan pasien

2. Sebutkan fungsi utama *Clinic Pathway* ?

Jawab : Mengarahkan perawatan pasien secara sistematis berbasis bukti untuk meningkatkan mutu, efisiensi dan keselamatan pasien dengan cara mengintegrasikan standar asuhan berbagai profesi (dokter, perawat, farmasi) dalam satu alur mulai dari masuk hingga pulang.

3. Salah satu Proses penyusunan *clinical pathway* di rumah sakit adalah Pelaksanaan *site visit* di Rumah Sakit yang bertujuan untuk :

Jawab : Mengetahui praktek yang sedang berlangsung

Soal Pilihan Ganda

4. Penyebab gagalnya pengaplikasian Jalur Klinis (*Clinical Pathway*), kecuali :
 - a. Budaya profesional
 - b. Tingginya dukungan organisasi**
 - c. Kurangnya waktu dan sumber daya
 - d. Pendekatan khusus
5. Tujuan utama *Clinical pathway* salah satunya yaitu meningkatkan kualitas pelayanan, yang maksudnya adalah
 - a. Menjamin perawatan yang konsisten dan berkualitas tinggi**
 - b. Pengaturan terhadap sumber daya manusia untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit
 - c. Hal-hal yang perlu di perhatikan dalam pengambilan keputusan klinis
 - d. Mengidentifikasi penyebab kegagalan pelaksanaan *clinical pathway*

DAFTAR PUSTAKA

- Bakobat, H., Wullur, M., & Sumarauw., J. S.B. (2021). Analisis Penerapan Manajemen Mutu terpadu Di Rumah Sakit Budi Mulia Bitung. *Journal EMBA*, 9(4), 622-631
- Djasri, h., 2016. Peran Clinical Pathways dalam sistem jaminan Nasional Bidang Kesehatan.
- Hadi,I. (2017). Manajemen Keselamatan Pasien (Teori & Apilkasi). Yogyakarta: Deepublisher.
- Insani, Istyadi. Strandar Operasioanl Prosedur (SOP) sebagai pedoman pelaksanaan administrasi perkantoran Dalam Rangka Peningkatan Pelayanan dan Kinerja Organisasi Pemerintah. Makalah dalam Workshop Manajemen perkantoran di Lingkungan Kementerian Komunikasi dan Informatika. Bandung
- Midelton, Robert. Integration clinical pathway : a practice approach to implementation. McGraw-Hill.2000;1(1)
- Sailendra, Annie. (2015). Langkah-langkah Praktis membuat SOP : Standard Operational Prosedur. Yogyakarta : Trans Idea Publishing
- Santoso, J.D. (2014). Lebih Memahami Standar Operasional Prosedur (SOP). Surabaya : Kata Pena.
- Schrijvers, G., van Hoorn, A., & Huikes, N. (2012). The care pathway: Concepts and theories: an instruction. *International journal of integrated care*, 12 (Special Edition Integrated Care Pathways)

BIODATA PENULIS



Ns. Yusnilawati, S.kep., M.Kep, lahir di Jambi, pada Tanggal 03 Maret 1980. Menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan di Akper Baiturahim Jambi Tahun 2000, kemudian melanjutkan Pendidikan S1 Keperawatan di Fakultas Keperawatan UNAND Padang dan selesai di Tahun 2004 serta S2 Keperawatan di Fakultas Keperawatan UNAND Padang dan juga telah menyelesaikan Pendidikan pada Tahun 2013. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Prodi Keperawatan FKIK Universitas Jambi.

BAB 9

Pendidikan dan Pelatihan Patient Safety bagi Tenaga Kesehatan

Dr. Arina Novilla, S.Pd,M.Si

Capaian Pembelajaran Maka Kuliah

CPMK 1 : Mahasiswa mampu memahami konsep dasar keselamatan pasien

Sub Capaian Pembelajaran Maka Kuliah

Sub CPMK : Mahasiswa mampu

1. Menjelaskan definisi, tujuan dan pentingnya keselamatan pasien menurut WHO dan regulasi nasional
2. Menganalisis faktor penyebab insiden keselamatan pasien

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

CPMK 2 : Mahasiswa mampu menganalisis factor penyebab insiden keselamatan pasien

Sub Capaian Pembelajaran Maka Kuliah

Sub CPMK : Mahasiswa mampu

2. Mengidentifikasi jenis-jenis risiko yang sering terjadi di lingkungan pelayanan kesehatan.
2. Menganalisis faktor penyebab insiden keselamatan pasien baik dari aspek manusia, lingkungan, dan sistem.

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

CPMK 3 : Menerapkan standar keselamatan pasien dalam pelayanan Kesehatan

Sub Capaian Pembelajaran Maka Kuliah

- Sub CPMK 3 : Mahasiswa mampu
1. Menginterpretasikan 6 sasaran keselamatan pasien (SKP) WHO/JCI
 2. Menerapkan prosedur identifikasi pasien yang benar sesuai standar

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

- CPMK 4 : Mengembangkan komunikasi efektif dalam konteks patient safety

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

- Sub CPMK 4 : Mahasiswa mampu
3. Menerapkan komunikasi efektif menggunakan metode SBAR
 4. Melakukan handover antarship yang aman

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

- CPMK 5 : Melaksanakan Upaya pencegahan dan pengendalian insiden

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

- Sub CPMK 5 : **Mahasiswa mampu**
3. Menentukan prioritas tindakan pencegahan insiden di unit pelayanan.
 4. Melakukan mitigasi risiko melalui penerapan *risk assessment* (FMEA atau metode lainnya).

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

- CPMK 6 : Melakukan pelaporan dan dokumentasi insiden keselamatan pasien

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

- Sub CPMK 6 : **Mahasiswa mampu**
3. Mengidentifikasi alur pelaporan insiden internal dan eksternal (KNKP).
 4. Menyusun laporan insiden menggunakan format standar

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

CPMK 7 : Menunjukkan sikap professional dalam menjaga keselamatan pasien

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Sub CPMK 7 Mahasiswa mampu

- c. Menunjukkan kepatuhan terhadap SOP pelayanan aman.
- d. Menerapkan budaya keselamatan pasien di lingkungan kerja.

A. Pendahuluan

Pendidikan dan Pelatihan Patient Safety bagi Tenaga Kesehatan merupakan aspek fundamental dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan mengurangi risiko kejadian yang membahayakan pasien. Keselamatan pasien fokus pada perlindungan pasien dari kesalahan medis, insiden, dan cedera yang tidak diinginkan selama proses pelayanan kesehatan. Pelatihan yang terstruktur dan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan penting untuk membangun budaya keselamatan, meningkatkan kompetensi teknis dan non-teknis, serta menumbuhkan kesadaran akan pentingnya pelaporan insiden dan komunikasi efektif dalam tim kesehatan. Upaya ini juga memperkuat sistem manajemen risiko untuk memberikan layanan yang aman dan berkualitas.

Panduan WHO Patient Safety Curriculum Guide (update pasca 2015) memberikan kerangka kerja pendidikan yang mendukung pengembangan kompetensi keselamatan pasien pada berbagai profesi kesehatan. Penelitian evaluasi pelatihan menunjukkan bahwa program yang mengintegrasikan simulasi, kasus nyata, dan komunikasi efektif mampu meningkatkan hasil klinis dan budaya keselamatan di rumah sakit. Selain itu, kebijakan nasional di Indonesia juga menekankan penerapan pelatihan keselamatan pasien sebagai bagian dari standar akreditasi rumah sakit dan pengembangan sumber daya manusia kesehatan secara profesional (WHO, 2011).

Pelatihan keselamatan pasien untuk profesional kesehatan telah terbukti dengan hasil klinis yang positif dan

kinerja kelembagaan di negara maju. Peningkatan keterampilan kerja tim juga merupakan bagian dari hasil positif yang telah disaksikan baru-baru ini. Pada saat yang sama, staf medis akan dapat memperoleh pengetahuan mendalam untuk meningkatkan tingkat keselamatan pasien di kompleks mereka setelah menerima pelatihan keselamatan pasien serta mengkatalisasi peningkatan kualitas perawatan kesehatan (Johnston *et al.*, 2019).

Kementerian Kesehatan khususnya Unit Keselamatan Pasien sangat mendukung upaya tersebut untuk membantu implementasi kurikulum keselamatan pasien ke dalam sistem pembelajaran medis serta pendidikan kedokteran berkelanjutan (CME) untuk menanamkan hal-hal medis tentang pentingnya pendidikan keselamatan pasien (Kirkman *et al.*, 2015).

Dengan fondasi ini, pendidikan dan pelatihan patient safety menjadi instrumen penting bagi tenaga kesehatan untuk mendorong pelayanan yang bebas dari kecelakaan dan kejadian merugikan pasien.

B. Pendidikan dan Pelatihan Patient Safety bagi Tenaga Kesehatan

1. Memahami konsep dasar keselamatan pasien

Keselamatan pasien dalam sistem pelayanan kesehatan adalah upaya untuk menjamin bahwa pasien mendapatkan perawatan yang aman, bebas dari cedera atau bahaya yang disebabkan oleh kesalahan dalam tindakan medis maupun sistem pelayanan. Definisi ini mencakup penerapan sistem yang meminimalkan risiko kesalahan dan memastikan perlindungan fisik serta psikologis pasien selama proses pelayanan kesehatan. Keselamatan pasien bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dengan mengidentifikasi dan mengelola risiko, melaporkan insiden, serta belajar dari insiden tersebut untuk mencegah terulangnya kesalahan (Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 11 Tahun 2017).

Pentingnya keselamatan pasien terletak pada aspek perlindungan hak pasien, peningkatan kepercayaan

masyarakat terhadap layanan kesehatan, serta mendorong budaya keselamatan di antara tenaga kesehatan. Sistem keselamatan pasien mendorong komunikasi efektif, kolaborasi tim, dan kepemimpinan yang bertanggung jawab dalam menjaga kualitas dan kontinuitas pelayanan. Dengan ini, risiko cedera yang tidak diinginkan dapat ditekan sehingga pasien mendapatkan pelayanan yang optimal dan aman.

Hasil penelitian selama dekade terakhir bahwa insidens terjadi bukan karena tenaga medis sengaja mencederai pasien, sebaliknya hal itu terjadi karena kompleksitas sistem pelayanan kesehatan saat ini, terutama di negara-negara maju, dimana pengobatan berhasil dan tidak untuk setiap pasien.

2. Menganalisis faktor penyebab insiden keselamatan pasien

Faktor penyebab insiden keselamatan pasien bisa dianalisis dengan melihat beberapa aspek utama, yaitu faktor manusia, faktor sistem, dan faktor lingkungan.

a. Faktor manusia

meliputi kesalahan yang terjadi akibat keterbatasan pengetahuan, kelelahan, stress, komunikasi yang buruk, dan pelatihan yang kurang memadai dari tenaga kesehatan. Kesalahan manusia sering disebut "human error" dan dapat berupa kelalaian, kesalahan prosedur, atau pengambilan keputusan yang salah.

b. Faktor sistem

adalah kendala dalam proses kerja, prosedur, organisasi, dan teknologi yang tidak efektif, seperti peralatan yang tidak memadai, birokrasi yang rumit, ketiadaan SOP (*Standard Operating Procedure*) yang jelas, dan kurangnya budaya keselamatan pasien dalam institusi kesehatan.

c. Faktor lingkungan meliputi kondisi fisik tempat kerja yang tidak mendukung, kebisingan, pencahayaan yang buruk, dan gangguan lain yang dapat menyebabkan gangguan fokus tenaga medis

Analisis akar penyebab (*Root Cause Analysis*) biasanya digunakan untuk mengidentifikasi faktor-faktor tersebut

agar bisa diambil tindakan pencegahan yang tepat. Dengan pendekatan ini, setiap insiden tidak hanya dianggap sebagai kesalahan individu semata, tetapi sebagai hasil dari sistem yang kurang optimal sehingga harus ada perbaikan menyeluruh

3. **Menerapkan standar keselamatan pasien dalam pelayanan Kesehatan**

Keselamatan pasien adalah prioritas utama dalam pelayanan kesehatan. **Joint Commission International (JCI) dan World Health Organization (WHO) menetapkan *International Patient Safety Goals (IPSG) atau 6 Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)*** untuk mencegah kesalahan medis (*medical error*) dan meningkatkan mutu pelayanan

a. Ketepatan identifikasi pasien

Sasaran ini menekankan pentingnya mengidentifikasi pasien dengan benar setiap kali pemberian pelayanan medis dilakukan. Kesalahan identifikasi dapat menimbulkan risiko fatal seperti pemberian obat atau tindakan yang salah. Implementasi meliputi penggunaan identitas pasien yang unik seperti gelang identitas berbarcode.

b. Peningkatan komunikasi yang efektif

Komunikasi antar tenaga kesehatan harus jelas, tepat waktu, dan akurat untuk menghindari miskomunikasi yang berpotensi menyebabkan kesalahan dalam pengobatan atau prosedur. Contohnya adalah komunikasi terkait resep obat, hasil pemeriksaan laboratorium, dan rencana perawatan pasien.

c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*High Alert Medications*)

Obat-obatan berisiko tinggi harus diberikan dengan pengawasan ketat untuk menghindari kesalahan dosis atau pemberian yang membahayakan pasien. Penanganan meliputi pelabelan yang jelas, pengelolaan protokol pemberian obat, dan pelatihan staf terkait obat-obat tersebut.

d. Kepastian tepat Lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi

Menjamin bahwa prosedur bedah atau tindakan invasif dilakukan di lokasi yang benar, dengan pasien dan tindakan yang sesuai untuk menghindari kejadian salah tindakan.

e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan Kesehatan
Mengurangi risiko infeksi nosokomial dengan menerapkan protokol kebersihan, sterilisasi alat, serta praktik cuci tangan yang baik.

f. Pengurangan risiko pasien jatuh
Menyelenggarakan evaluasi risiko jatuh dan tindakan pencegahan agar pasien tidak mengalami cedera akibat jatuh saat berada di fasilitas kesehatan

4. Mengembangkan komunikasi efektif dalam konteks patient safety

Standar keselamatan pasien biasanya meliputi aspek seperti identifikasi pasien yang tepat, komunikasi efektif antar tenaga kesehatan, kebersihan dan sterilisasi, penggunaan obat yang aman, pencegahan infeksi, serta pelaporan dan penanganan insiden keselamatan.

Penerapan standar ini dilakukan dengan mengikuti protokol operasional standar (SOP) yang sudah ditetapkan di fasilitas kesehatan, pelatihan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan, dan penerapan budaya keselamatan pasien yang menekankan pentingnya peran tiap individu dalam menjaga keselamatan bersama. Selain itu, pemantauan, evaluasi, dan audit rutin dilakukan untuk memastikan kepatuhan terhadap standar dan terus meningkatkan mutu pelayanan.

Standar keselamatan pasien di Indonesia diatur melalui Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, sedangkan secara internasional WHO juga menyediakan panduan lengkap melalui dokumen Patient Safety Curriculum dan Safety Standards yang mengedepankan prinsip *commitment, competence, culture, and system approach* dalam keselamatan pasien.

Tugas komunikasi dan arus informasi antara penyedia layanan dan pasien bisa rumit karena penyebaran tanggung jawab klinis di antara berbagai anggota tim. Hal ini dapat berefek pada pasien untuk mendapatkan informasi yang sama pada beberapa penyedia layanan kesehatan. Lebih penting lagi, miskomunikasi dapat mengakibatkan keterlambatan dalam diagnosis, pengobatan yang salah, serta kegagalan untuk menindaklanjuti hasil pemeriksaan

5. **Melaksanakan Upaya pencegahan dan pengendalian insiden**

Langkah-langkah sistematis untuk meminimalkan risiko terjadinya kejadian yang dapat membahayakan pasien selama menerima pelayanan kesehatan. Upaya ini meliputi identifikasi risiko, penerapan protokol standar operasional, pelaksanaan pelatihan dan edukasi bagi tenaga kesehatan, serta penggunaan teknologi untuk mendukung keselamatan pasien.

Dalam praktiknya, apabila insiden terjadi, tim keselamatan pasien melakukan pelaporan insiden secara cepat dan sistematis, melakukan investigasi dengan metode *Root Cause Analysis* (RCA) untuk menemukan akar penyebab, kemudian mengembangkan tindakan korektif dan preventif yang tepat agar insiden serupa tidak terulang. Hal ini juga mencakup komunikasi efektif dengan pasien dan keluarga, serta pembelajaran berkelanjutan dari pengalaman insiden tersebut untuk memperbaiki sistem pelayanan.

Selain itu, pembentukan Tim Keselamatan Pasien yang bertanggung jawab terhadap pengelolaan risiko dan pengawasan pelaksanaan kebijakan keselamatan sangat penting. Upaya pencegahan juga dikaitkan dengan pengembangan budaya keselamatan yang mendukung keterbukaan pelaporan tanpa saling menyalahkan (*non-blaming culture*).

6. Melakukan pelaporan dan dokumentasi insiden keselamatan pasien

Tata cara sistematis untuk melaporkan setiap kejadian atau hampir kejadian yang menimbulkan risiko atau kerugian bagi pasien selama menerima pelayanan kesehatan. Pelaporan ini bertujuan untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan mencegah insiden serupa di masa depan demi meningkatkan mutu dan keamanan pelayanan.

Prosedur pelaporan biasanya dimulai dengan staf yang menemukan atau terlibat dalam insiden segera melaporkan kepada atasan langsung dalam waktu maksimal 2x24 jam. Selanjutnya, dilakukan pendokumentasian kronologis kejadian secara lengkap dan anonim menggunakan formulir pelaporan yang telah disediakan. Laporan ini akan diteruskan ke Tim Keselamatan Pasien untuk dianalisis menggunakan metode seperti *Root Cause Analysis* guna menentukan akar penyebab dan langkah perbaikan.

Dokumentasi insiden harus dijaga kerahasiaannya dan tidak bertujuan untuk menyalahkan individu tetapi untuk memperbaiki sistem dan proses. Pelaporan dapat dilakukan secara internal di rumah sakit maupun eksternal ke pihak regulator dengan sistem elektronik (e-reporting). Penerapan sistem pelaporan yang baik juga mendorong budaya keselamatan pasien yang transparan dan akuntabel.

7. Menunjukkan sikap profesional dalam menjaga keselamatan pasien

Sikap profesional dalam menjaga keselamatan pasien adalah sikap yang mencerminkan tanggung jawab, etika, dan komitmen tenaga kesehatan untuk selalu memberikan pelayanan aman dan berkualitas kepada pasien. Sikap ini meliputi ketaatan pada kode etik profesi, konsistensi dalam mengikuti standar keselamatan pasien, komunikasi efektif, serta kepekaan terhadap potensi risiko bagi pasien.

Tenaga kesehatan profesional menunjukkan sikap altruisme dengan mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien tanpa pamrih, serta bertanggung jawab

atas tindakan yang dilakukan. Mereka berkomitmen untuk terus belajar dan meningkatkan kompetensi demi mengurangi kesalahan medis dan insiden yang merugikan pasien. Sikap profesional juga termasuk mendukung budaya keselamatan pasien yang mendorong pelaporan insiden tanpa rasa takut, keterbukaan dalam komunikasi, dan kerja sama tim yang baik. Penelitian menunjukkan bahwa sikap profesional tenaga medis sangat berpengaruh positif terhadap peningkatan budaya keselamatan pasien dan mutu pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, penanaman sikap profesional ini harus menjadi bagian integral dalam pendidikan, pelatihan, dan praktik tenaga kesehatan.

C. Panduan Kurikulum dalam Pendidikan Keselamatan Pasien/Patient Safety (WHO)

1. Pengantar Keselamatan Pasien
2. Menerapkan Faktor Manusia Penting dalam Keselamatan pasien
3. Sistem dan efek kompleksitasnya dalam perawatan pasien
4. Pemeran yang efektif dalam tim
5. Belajar dari kesalahan untuk mencegah Cedera
6. Memahami dan mengelola Risiko Klinis
7. Metode Peningkatan Kualitas untuk meningkatkan Pelayanan
8. Melibatkan Pasien dan Keluarga
9. Mengendalikan dan mencegah infeksi
10. Keselamatan pasien dan prosedur invasive
11. Meningkatkan keamanan pengobatan

LATIHAN SOAL

1. Konsep dasar keselamatan pasien (patient safety) terutama berfokus pada:

- A. Menyalahkan individu yang melakukan kesalahan
- B. Mencegah terjadinya kesalahan dan mengurangi risiko cedera pada pasien
- C. Mengurangi jumlah tenaga kesehatan agar lebih efisien
- D. Mengutamakan kepuasan pasien dibandingkan mutu layanan

Jawaban : B

2. Menurut prinsip keselamatan pasien, salah satu pendekatan penting yang digunakan fasilitas pelayanan kesehatan adalah:

- A. Pendekatan reaktif dan berfokus pada hukuman
- B. Pendekatan sistem yang mendorong pelaporan insiden
- C. Pendekatan yang hanya menekankan pada efisiensi biaya
- D. Pendekatan individual tanpa melibatkan tim

Jawaban: B

3. Salah satu **faktor penyebab insiden keselamatan pasien** yang paling sering terjadi dalam pelayanan kesehatan adalah

- A. Komunikasi yang tidak efektif antar tenaga Kesehatan
- B. Kondisi fisik bangunan yang terlalu besar
- C. Jumlah pasien yang terlalu sedikit
- D. Pasien terlalu patuh terhadap instruksi dokter

Jawaban: A

4. Faktor penyebab insiden keselamatan pasien yang termasuk dalam **faktor manusia (human factor)** adalah:

- A. Peralatan medis tidak berfungsi
- B. SOP tidak tersedia
- C. Tenaga kesehatan kelelahan dan beban kerja tinggi
- D. Sistem IT rumah sakit mengalami gangguan

Jawaban : C

5. Dalam menerapkan standar keselamatan pasien, tindakan **verifikasi identitas pasien** bertujuan untuk:

- A. Mempercepat proses administratif rumah sakit
- B. Mengurangi beban kerja perawat
- C. Menilai tingkat kepuasan pasien terhadap layanan
- D. Memastikan tindakan yang diberikan sesuai pasien yang benar

Jawaban: D

6. Salah satu contoh penerapan **SKP 3 (Keamanan Obat-obatan Berisiko Tinggi)** adalah:

- A. Menyimpan obat berisiko tinggi bersama dengan obat umum
- B. Memberikan obat tanpa proses double check
- C. Memberikan edukasi kepada pasien tentang obat berisiko tinggi
- D. Mengganti label obat dengan kode warna yang sama

Jawaban: C

7. Metode komunikasi efektif yang direkomendasikan dalam keselamatan pasien untuk memastikan pesan disampaikan dengan jelas dan dipahami oleh penerima adalah:

- A. *Read-back* atau *repeat-back*
- B. *Direct talk only*
- C. Komunikasi satu arah
- D. Komunikasi informal tanpa dokumentasi

Jawaban: A

8. Dalam serah terima pasien, salah satu alat komunikasi yang terbukti meningkatkan keselamatan pasien dan mengurangi miskomunikasi adalah:

- A. Laporan lisan tanpa format
- B. Mengirim pesan singkat tanpa dokumentasi
- C. Komunikasi spontan antar staf
- D. Penggunaan format SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation)

Jawaban: D

DAFTAR PUSTAKA

- Johnston, B.E. *et al.* (2019) 'Teaching patient safety in global health: Lessons from the Duke Global Health Patient Safety Fellowship', *BMJ Global Health*, 4(1). Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001220>.
- Kirkman, M.A. *et al.* (2015) 'The outcomes of recent patient safety education interventions for trainee physicians and medical students: A systematic review', *BMJ Open*, 5(5). Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007705> Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien
- Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety), Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, Edisi III 2015.
- Panduan Kurikulum Keselamatan Pasien, Edisi Multi professional, 2011, Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan
- Ruth Naomi, Hasnah Bahari, 2024, The Role of Patient Safety Education and Training in Improving Patient Safety, *IJPSQ*, Volume 1, Issue 1.
- WHO, 2009, Patient Safety Curriculum Guide

BIODATA PENULIS



Dr. Arina Novilla, S.Pd, M.Si lahir di Tasikmalaya, pada 1 November 1973. Menyelesaikan Pendidikan D-III Analis Kesehatan di Pendidikan Ahli Madya Analis Kesehatan (PAM-AK) Departemen Kesehatan Bandung, S1 di Fakultas Ilmu dan Keguruan Jurusan Biologi Universitas Siliwangi Tasikmalaya, S2 di Sekolah Ilmu dan Teknologi Hayati, ITB Bandung serta S3 di Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada Yogyakarta Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Prodi Teknologi Laboratorium Medis (D3) Fakultas Ilmu dan Teknologi Kesehatan Universitas Jenderal Achmad Yani Cimahi.

Email :
arina.novilla@lecture.unjani.ac.id

BAB 10

Komunikasi Efektif dan Kolaborasi Antarprofesi

Dr. Meliana, S.E., M.M.

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

CPMK 1 : Mahasiswa mampu menerapkan prinsip komunikasi efektif dan kolaborasi interprofesional dalam praktik pelayanan kesehatan untuk mencegah kesalahan medis, meningkatkan keselamatan pasien, dan mengoptimalkan outcome klinis melalui kerja tim yang terstruktur dan berbasis evidensi..

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Sub-CPMK 1 : Mahasiswa mampu:

8. Mahasiswa mampu menerapkan teknik komunikasi efektif (5C, SBAR, closed-loop, teach-back) untuk mencegah kesalahan medis dan meningkatkan keselamatan pasien.
9. Mahasiswa mampu berkolaborasi interprofesional melalui pemahaman peran, rounding tim, dan penyelesaian konflik untuk mengoptimalkan kualitas pelayanan kesehatan.

A. Prinsip dan Teknik Komunikasi Efektif dalam Pelayanan Kesehatan

Komunikasi efektif merupakan fondasi utama dalam menjamin keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan. Menurut *Joint Commission International*, sekitar 70% kejadian

tidak diharapkan (adverse events) di rumah sakit disebabkan oleh kegagalan komunikasi antara tenaga kesehatan (Leonard et al., 2004). Komunikasi yang tidak efektif dapat mengakibatkan kesalahan diagnosis, keterlambatan penanganan, pemberian terapi yang tidak tepat, hingga meningkatnya angka mortalitas dan morbiditas pasien. Oleh karena itu, pemahaman mendalam tentang prinsip dan teknik komunikasi efektif menjadi kompetensi esensial bagi seluruh tenaga kesehatan.

Komunikasi efektif dalam konteks pelayanan kesehatan adalah proses pertukaran informasi yang akurat, lengkap, jelas, dan tepat waktu antara pemberi layanan kesehatan dengan pasien, keluarga, maupun sesama profesional kesehatan (*Institute for Healthcare Improvement, 2017*). Karakteristik komunikasi efektif mencakup kejelasan pesan, ketepatan waktu penyampaian, konfirmasi pemahaman penerima pesan, serta dokumentasi yang akurat dan komprehensif. *World Health Organization (WHO)* menekankan bahwa komunikasi efektif harus memenuhi lima komponen penting yang dikenal dengan istilah "5C": *clear* (jelas), *concise* (ringkas), *complete* (lengkap), *correct* (benar), dan *courteous* (sopan) (*WHO, 2007*). Kelima komponen ini menjadi standar minimal yang harus dipenuhi dalam setiap interaksi komunikasi di lingkungan pelayanan kesehatan untuk meminimalkan risiko kesalahan medis.

Prinsip pertama dalam komunikasi untuk patient safety adalah akurasi informasi. Setiap informasi yang dikomunikasikan harus berdasarkan data objektif dan dapat diverifikasi. Hal ini sangat penting terutama dalam komunikasi hasil laboratorium, pemberian obat-obatan dengan risiko tinggi (*high-alert medications*), dan instruksi medis kritis. *The Joint Commission* mewajibkan penggunaan metode read-back untuk memastikan akurasi informasi yang disampaikan secara verbal, terutama dalam situasi kritis (*The Joint Commission, 2017*). Metode ini mengharuskan penerima pesan untuk mengulang kembali informasi yang diterima kepada pengirim pesan untuk dikonfirmasi kebenarannya, sehingga meminimalkan risiko kesalahan interpretasi atau salah dengar.

Prinsip kedua adalah kelengkapan informasi yang menjadi kunci dalam mencegah kesalahan medis. Komunikasi yang lengkap mencakup identitas pasien yang benar, diagnosis atau kondisi klinis, tindakan yang akan dilakukan, obat-obatan yang diberikan termasuk dosis dan rute pemberian, serta hal-hal khusus yang perlu diperhatikan. Kelengkapan informasi ini sangat vital dalam proses handover atau serah terima pasien antar shift maupun antar unit pelayanan (*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*, 2010). Informasi yang tidak lengkap dapat menyebabkan kontinuitas perawatan terganggu dan meningkatkan risiko kejadian yang membahayakan pasien.

Prinsip ketiga adalah ketepatan waktu dalam penyampaian informasi. Informasi kritis harus disampaikan segera kepada pihak yang berkepentingan tanpa penundaan yang tidak perlu. Penundaan komunikasi hasil laboratorium kritis, perubahan kondisi pasien yang signifikan, atau reaksi obat yang merugikan dapat berakibat fatal bagi keselamatan pasien. Sistem komunikasi terstruktur seperti SBAR (*Situation-Background-Assessment-Recommendation*) membantu memastikan informasi penting tersampaikan dengan cepat dan sistematis (Kaiser Permanente, 2002). Ketepatan waktu ini juga berkaitan dengan responsivitas tenaga kesehatan dalam menanggapi komunikasi yang masuk, sehingga tidak terjadi keterlambatan dalam pengambilan keputusan klinis.

Metode SBAR telah menjadi standar emas dalam komunikasi klinis terstruktur dan banyak diadopsi oleh rumah sakit di seluruh dunia. Teknik ini dikembangkan oleh Kaiser Permanente dan telah terbukti meningkatkan keselamatan pasien dengan mengurangi kesalahan komunikasi hingga 30% (Haig et al., 2006). SBAR terdiri dari empat komponen yang sistematis: *Situation* menggambarkan situasi atau masalah saat ini yang memerlukan perhatian, *Background* memberikan konteks atau latar belakang relevan tentang kondisi pasien, *Assessment* menyampaikan penilaian profesional tentang situasi tersebut, dan *Recommendation* mengusulkan tindakan atau intervensi yang diperlukan. Struktur ini membantu tenaga

kesehatan menyampaikan informasi secara sistematis, lengkap, dan mudah dipahami, terutama dalam komunikasi antar profesional dengan tingkat senioritas atau disiplin yang berbeda.

Teknik komunikasi terstruktur lainnya yang sangat penting adalah metode *closed-loop communication* yang melibatkan tiga tahap berurutan. Tahap pertama adalah pengirim pesan menyampaikan informasi dengan jelas, tahap kedua penerima pesan mengulang kembali apa yang didengar (*read-back*) untuk memastikan pemahaman yang akurat, dan tahap ketiga pengirim pesan mengkonfirmasi kebenaran pengulangan tersebut atau melakukan koreksi jika ada kesalahan. Metode ini sangat efektif dalam situasi kritis seperti di ruang operasi atau unit gawat darurat dimana risiko kesalahan interpretasi sangat tinggi karena tekanan waktu, kompleksitas prosedur, dan lingkungan yang penuh dengan distraksi (Lingard et al., 2008). Implementasi *closed-loop communication* secara konsisten dapat mencegah kesalahan yang berasal dari miskomunikasi verbal.

Call-out merupakan teknik komunikasi yang digunakan khususnya dalam situasi darurat atau resusitasi dimana anggota tim secara verbal mengumumkan informasi penting kepada seluruh tim dengan suara yang cukup keras agar semua dapat mendengar. Teknik ini membantu membangun kesadaran situasional (*situational awareness*) bersama dan memastikan semua anggota tim memiliki pemahaman yang sama tentang kondisi pasien dan tindakan yang sedang atau akan dilakukan (Agency for Healthcare Research and Quality, 2014). *Call-out* sangat berguna untuk mengkomunikasikan perubahan vital sign yang kritis, pemberian obat-obatan emergensi, atau perubahan rencana tindakan yang memerlukan koordinasi cepat dari seluruh tim.

Komunikasi efektif dengan pasien dan keluarga adalah aspek fundamental dalam patient-centered care yang tidak boleh diabaikan. Prinsip komunikasi terapeutik harus diterapkan dalam setiap interaksi, yang mencakup sikap empati, mendengar aktif, validasi perasaan pasien, dan memberikan

informasi dengan bahasa yang mudah dipahami tanpa jargon medis yang berlebihan (Epstein & Street, 2007). Pasien dan keluarga harus dipandang sebagai partner dalam perawatan, bukan sebagai penerima pasif dari layanan kesehatan. Komunikasi yang baik dengan pasien tidak hanya meningkatkan kepuasan, tetapi juga adherence terhadap rencana perawatan dan *outcome* kesehatan secara keseluruhan.

Teknik *teach-back* merupakan metode yang sangat direkomendasikan untuk memastikan pasien benar-benar memahami informasi kesehatan yang diberikan. Dalam teknik ini, tenaga kesehatan meminta pasien atau keluarga menjelaskan kembali dengan bahasa mereka sendiri tentang informasi yang telah disampaikan, seperti cara minum obat, tanda-tanda komplikasi yang harus diwaspadai, atau instruksi perawatan di rumah. Penelitian menunjukkan bahwa teknik *teach-back* dapat meningkatkan pemahaman pasien hingga 50% dan mengurangi readmisi rumah sakit (Tamura-Lis, 2013). Metode ini tidak menguji pengetahuan pasien, tetapi mengevaluasi seberapa efektif tenaga kesehatan menyampaikan informasi, sehingga jika pasien tidak dapat menjelaskan dengan benar, tenaga kesehatan perlu menyampaikan kembali informasi dengan cara yang berbeda dan lebih mudah dipahami.

Informed consent merupakan bentuk komunikasi khusus yang sangat penting dalam aspek legal dan etis pelayanan kesehatan. Proses ini memastikan pasien memiliki pemahaman penuh tentang kondisi medis mereka, pilihan tindakan yang tersedia, risiko dan manfaat masing-masing pilihan, serta alternatif lain yang mungkin ada termasuk pilihan untuk tidak melakukan tindakan apapun. *Informed consent* bukan sekadar mendapatkan tanda tangan di formulir, tetapi merupakan dialog berkelanjutan yang menghormati otonomi pasien dalam pengambilan keputusan medis (Faden & Beauchamp, 1986). Komunikasi dalam proses *informed consent* harus disesuaikan dengan tingkat pemahaman pasien, memberikan kesempatan untuk bertanya, dan memastikan pasien tidak merasa terpaksa atau tertekan dalam membuat keputusan.

Berbagai hambatan dapat mengganggu komunikasi efektif dalam pelayanan kesehatan dan harus diidentifikasi serta diatasi secara proaktif. Hambatan-hambatan tersebut termasuk perbedaan bahasa dan budaya antara tenaga kesehatan dan pasien, tingkat literasi kesehatan yang rendah di kalangan pasien, kondisi fisik atau psikologis pasien yang mengganggu kemampuan komunikasi seperti gangguan pendengaran atau *confusion*, lingkungan yang bising dan penuh distraksi, beban kerja yang tinggi yang membatasi waktu untuk komunikasi berkualitas, serta hierarki yang kaku dalam tim medis yang menghambat komunikasi terbuka (Divi et al., 2007). Mengenali hambatan ini adalah langkah pertama yang penting dalam mengatasinya secara sistematis.

Untuk mengatasi hambatan bahasa, fasilitas kesehatan harus menyediakan layanan interpretasi profesional yang terlatih dalam terminologi medis dan memahami aspek konfidensialitas. Penggunaan anggota keluarga sebagai penerjemah harus dihindari karena dapat menyebabkan informasi yang tidak akurat, tidak lengkap, atau bahkan disaring berdasarkan pertimbangan pribadi anggota keluarga tersebut. Hambatan literasi kesehatan dapat diatasi dengan menggunakan materi edukasi visual, video demonstrasi, atau model anatomi yang lebih mudah dipahami daripada penjelasan verbal atau tertulis yang kompleks (Schillinger et al., 2003). Penyederhanaan bahasa medis tanpa menghilangkan esensi informasi penting juga merupakan keterampilan komunikasi yang harus dikuasai oleh tenaga kesehatan.

Budaya keselamatan yang mendukung komunikasi terbuka sangat penting dalam menciptakan lingkungan dimana komunikasi efektif dapat berkembang. Semua anggota tim kesehatan, tanpa memandang tingkat senioritas atau disiplin profesi, harus merasa nyaman untuk menyuarakan kekhawatiran mereka tentang keselamatan pasien. Penerapan konsep *psychological safety* dalam tim kesehatan memungkinkan komunikasi yang lebih efektif dan mencegah kesalahan medis karena junior staff atau profesional dari disiplin lain tidak takut

untuk menyampaikan observasi atau kekhawatiran mereka kepada dokter senior atau pemimpin tim (Edmondson, 1999). Lingkungan yang mendukung *psychological safety* dicirikan oleh respon positif terhadap pertanyaan atau masukan, tidak adanya pembalasan atau kritik destruktif terhadap mereka yang menyuarakan concern, dan apresiasi terhadap kontribusi semua anggota tim dalam menjaga keselamatan pasien.

B. Kolaborasi Interprofesional dalam Menjamin Keselamatan Pasien

Kolaborasi interprofesional (*interprofessional collaboration*) merupakan proses dimana berbagai profesional kesehatan dengan latar belakang keahlian yang berbeda bekerja bersama dengan pasien, keluarga, dan komunitas untuk memberikan pelayanan kesehatan berkualitas tinggi (WHO, 2010). Dalam konteks *patient safety*, kolaborasi ini menjadi kunci untuk mengintegrasikan berbagai perspektif profesional dalam mencegah kesalahan medis dan meningkatkan hasil klinis. Kompleksitas perawatan kesehatan modern yang melibatkan teknologi canggih, terapi multimodal, dan pasien dengan multiple comorbidities membuat tidak mungkin bagi satu profesional atau satu disiplin untuk mengelola semua aspek perawatan secara optimal tanpa kolaborasi yang efektif dengan profesional lain.

Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC) mengembangkan kerangka kompetensi kolaborasi interprofesional yang komprehensif dan mencakup enam domain penting: komunikasi interprofesional yang efektif dan hormat, perawatan yang benar-benar berpusat pada pasien/keluarga/komunitas, klarifikasi peran dimana setiap profesional memahami kontribusinya dan profesional lain, dinamika tim yang positif dan produktif, kepemimpinan kolaboratif yang dibagi sesuai kebutuhan situasi, dan penyelesaian konflik interprofesional secara konstruktif (CIHC, 2010). Kerangka ini menjadi panduan dalam pengembangan praktik kolaboratif di berbagai setting pelayanan kesehatan dan telah diadopsi secara luas dalam pendidikan dan praktik

profesional kesehatan. Model TeamSTEPPS (*Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety*) yang dikembangkan oleh *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) memberikan struktur yang lebih operasional untuk kolaborasi tim kesehatan dengan mencakup empat kompetensi inti yang saling terkait: kepemimpinan tim yang memfasilitasi koordinasi dan menciptakan iklim yang mendukung, pemantauan situasi dimana anggota tim secara aktif memindai lingkungan untuk informasi relevan tentang status pasien, dukungan mutual melalui anticipatory assistance dan task assistance antar anggota tim, dan komunikasi yang jelas dan tepat waktu (King et al., 2008).

Dalam tim interprofesional yang efektif, setiap profesional kesehatan memiliki peran unik berdasarkan kompetensi dan lingkup praktiknya yang harus dipahami dengan jelas oleh semua anggota tim. Dokter bertanggung jawab dalam menegakkan diagnosis melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, dan interpretasi pemeriksaan penunjang, serta menentukan rencana terapi medis yang evidenced-based. Perawat melakukan asesmen keperawatan berkelanjutan yang mencakup respons fisik, psikologis, dan sosial pasien terhadap penyakit, implementasi intervensi keperawatan yang mencakup perawatan langsung, edukasi pasien, dan koordinasi perawatan, serta monitoring respons pasien terhadap terapi yang diberikan. Apoteker memastikan keamanan dan ketepatan terapi obat melalui skrining interaksi obat, penyesuaian dosis berdasarkan fungsi organ, dan memberikan konseling farmakologis kepada pasien dan keluarga. Ahli gizi mengelola aspek nutrisi yang mendukung pemulihan pasien melalui asesmen status nutrisi, perencanaan diet terapeutik, dan monitoring respons nutrisi, sementara fisioterapis, terapis okupasi, pekerja sosial medis, dan profesional kesehatan lainnya memberikan kontribusi sesuai kebutuhan spesifik pasien (Reeves et al., 2010).

Dalam kolaborasi yang benar-benar efektif, setiap profesional harus memiliki pemahaman jelas tentang peran dan

tanggung jawabnya sendiri (*role clarity*) sekaligus menghargai dan memahami kontribusi unik profesional lain (*role respect*). Overlap dalam tanggung jawab bukan masalah jika dikomunikasikan dengan baik dan dilihat sebagai kesempatan untuk saling melengkapi dan memberikan checks and balances dalam sistem perawatan, bukan sebagai kompetisi atau konflik teritorial (Bronstein, 2003). Misalnya, baik dokter maupun apoteker memiliki tanggung jawab dalam keamanan pengobatan, tetapi dengan fokus yang berbeda dan saling melengkapi, dimana dokter fokus pada indikasi klinis dan pemilihan obat, sementara apoteker fokus pada aspek farmakokinetik, interaksi, dan keamanan penggunaan.

Rounding interprofesional adalah praktik yang sangat efektif dimana tim multidisiplin bertemu secara reguler, idealnya setiap hari pada waktu yang tetap, untuk mendiskusikan kondisi pasien, merencanakan perawatan secara komprehensif, dan mengidentifikasi serta mengatasi risiko keselamatan secara proaktif. Penelitian menunjukkan bahwa *rounding interprofesional* dapat mengurangi lama rawat inap rata-rata 1-2 hari, menurunkan biaya perawatan hingga 20%, menurunkan *adverse events*, dan meningkatkan kepuasan pasien serta keluarga yang merasa lebih terlibat dalam perawatan (O'Leary et al., 2011). Struktur rounding yang efektif mencakup partisipasi aktif dari semua disiplin yang terlibat dalam perawatan pasien dengan kontribusi substantif dari masing-masing profesional, diskusi di samping tempat tidur pasien (*bedside rounding*) bila memungkinkan untuk melibatkan pasien dan keluarga sebagai partner aktif, penggunaan *checklist* atau *structured rounding tool* untuk memastikan semua aspek penting dibahas secara konsisten, serta dokumentasi keputusan tim yang jelas dalam rekam medis sehingga semua profesional memiliki akses terhadap rencana perawatan terkini (Stein et al., 2015).

Konferensi kasus merupakan forum kolaborasi yang lebih mendalam yang digunakan untuk kasus-kasus kompleks yang memerlukan analisis komprehensif dan perencanaan yang

detail. Forum ini memungkinkan diskusi yang lebih panjang dan mendalam tentang diagnosis diferensial ketika diagnosis belum jelas, pilihan terapi alternatif dengan pertimbangan risiko-manfaat masing-masing, pertimbangan etis terutama dalam situasi *end-of-life* care atau konflik nilai, dan koordinasi discharge planning yang kompleks untuk pasien dengan kebutuhan perawatan jangka panjang atau dukungan sosial yang kompleks. Pendekatan sistematis dalam konferensi kasus membantu tim mengidentifikasi potensi risiko yang mungkin tidak terlihat dari perspektif satu disiplin saja dan mengembangkan strategi mitigasi yang komprehensif (Epstein, 2014).

Konflik dalam tim interprofesional adalah fenomena normal yang tidak dapat dihindari sepenuhnya mengingat perbedaan latar belakang pendidikan, perspektif profesional, nilai yang dianut, prioritas dalam perawatan, dan gaya komunikasi antar disiplin. Konflik yang dikelola dengan baik dapat menjadi sumber inovasi, pembelajaran, dan peningkatan kualitas karena mendorong *critical thinking* dan eksplorasi alternatif. Sebaliknya, konflik yang tidak terselesaikan atau ditangani dengan buruk dapat mengganggu kolaborasi, menciptakan lingkungan kerja yang *toxic*, dan yang paling serius adalah membahayakan keselamatan pasien karena komunikasi terhambat dan koordinasi perawatan terganggu (Almost et al., 2016). Strategi penyelesaian konflik yang konstruktif dimulai dengan identifikasi dini sumber konflik sebelum eskalasi menjadi lebih serius, dengan komunikasi terbuka, langsung, dan penuh hormat antara pihak-pihak yang berkonflik sebagai kunci, dengan fokus pada masalah atau perilaku spesifik bukan pada personal attack, serta penggunaan teknik negosiasi kolaboratif dimana semua pihak berusaha mencari solusi *win-win* yang lebih efektif daripada pendekatan kompetitif atau *avoiding* (Fisher & Ury, 1981).

Budaya organisasi yang mendukung *psychological safety* sangat krusial dalam manajemen konflik yang sehat, dimana anggota tim harus merasa aman untuk mengungkapkan

ketidaksepakatan atau kekhawatiran tanpa takut dihukum, dipermalukan, atau mendapat pembalasan. Kepemimpinan yang transformasional memainkan peran kunci dalam menciptakan lingkungan yang mendukung dialog terbuka, menghargai keberagaman perspektif, dan memodelkan penyelesaian konflik yang konstruktif (Edmondson, 2004). Interprofessional education (IPE) adalah pendekatan pendidikan dimana mahasiswa atau profesional dari dua atau lebih profesi kesehatan belajar bersama tentang, dari, dan dengan satu sama lain untuk meningkatkan kolaborasi dan kualitas perawatan. WHO menyatakan bahwa IPE adalah strategi inovatif yang penting untuk mengatasi krisis tenaga kesehatan global, meningkatkan keselamatan pasien, dan mempersiapkan workforce yang collaborative practice-ready (WHO, 2010).

Komponen efektif IPE mencakup pembelajaran eksplisit tentang peran dan kompetensi unik masing-masing profesi untuk membangun role clarity dan role respect sejak dini, pengembangan keterampilan komunikasi interprofesional, simulasi situasi klinis yang melibatkan kerja tim interprofesional dalam skenario realistis yang memungkinkan mahasiswa praktik kolaborasi dalam lingkungan aman tanpa risiko terhadap pasien nyata, serta refleksi terstruktur tentang pengalaman kolaboratif (Reeves et al., 2016). Pelatihan berkelanjutan untuk profesional yang sudah berpraktik juga sangat penting melalui program seperti TeamSTEPPS yang menyediakan pelatihan terstruktur tentang kerja tim dan komunikasi di berbagai setting klinis, dengan evaluasi menunjukkan peningkatan signifikan dalam kualitas komunikasi tim, budaya keselamatan di unit, dan improvement dalam outcome pasien seperti penurunan adverse events dan mortality (Weaver et al., 2014).

Keberhasilan kolaborasi interprofesional dapat dan harus diukur melalui berbagai indikator untuk evaluasi berkelanjutan dan improvement. Indikator proses mencakup frekuensi dan kualitas rounding tim, tingkat partisipasi dari berbagai disiplin

dalam konferensi kasus, penggunaan alat komunikasi terstruktur seperti SBAR dalam handover, dan kepuasan anggota tim terhadap kolaborasi. Indikator *outcome* mencakup ukuran keselamatan pasien seperti penurunan medication errors, pengurangan adverse events, penurunan lama rawat inap, peningkatan kepuasan pasien dan keluarga, serta peningkatan kepuasan kerja dan retention profesional kesehatan (Zwarenstein et al., 2009). Survey budaya keselamatan seperti *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSOPSC) yang dikembangkan AHRQ dapat mengukur persepsi profesional kesehatan tentang berbagai dimensi yang relevan dengan kolaborasi (Sorra & Dyer, 2010).

Implementasi kolaborasi interprofesional yang berkelanjutan dan efektif memerlukan lebih dari sekadar *goodwill* individual tetapi membutuhkan komitmen organisasi yang kuat dari level eksekutif hingga *frontline*. Dukungan kepemimpinan yang mencakup alokasi waktu untuk aktivitas kolaboratif dalam *workload profesional*, penyediaan *space* fisik yang memfasilitasi interaksi tim, investasi dalam teknologi yang mendukung koordinasi seperti *shared electronic health records*, dan penciptaan budaya organisasi yang menghargai dan mengakui kontribusi semua profesional tanpa hierarki yang kaku merupakan investasi yang terbukti memberikan return dalam bentuk *outcome* pasien yang lebih baik dan *cost savings* jangka panjang. Dengan pendekatan sistematis yang mencakup struktur organisasi yang mendukung, proses kolaboratif yang jelas, dan evaluasi *outcome* yang berkelanjutan, kolaborasi interprofesional dapat menjadi pilar kuat dalam sistem manajemen keselamatan pasien yang komprehensif.

Contoh Soal

1. Menurut Joint Commission International, berapa persen kejadian tidak diharapkan (adverse events) di rumah sakit yang disebabkan oleh kegagalan komunikasi antara tenaga kesehatan?
 - a. 50%
 - b. 60%
 - c. 70%
 - d. 80%
 - e. 90%

Jawaban: c. 70%

2. Metode komunikasi terstruktur SBAR terdiri dari empat komponen. Manakah urutan yang benar dari komponen tersebut?
 - a. Situation - Assessment - Background - Recommendation
 - b. Situation - Background - Assessment - Recommendation
 - c. Background - Situation - Assessment - Recommendation
 - d. Situation - Background - Recommendation - Assessment
 - e. Assessment - Situation - Background - Recommendation

Jawaban: b. Situation - Background - Assessment - Recommendation

3. Teknik teach-back dalam komunikasi dengan pasien terbukti dapat meningkatkan pemahaman pasien dan mengurangi readmisi rumah sakit. Berapa persen peningkatan pemahaman pasien yang dapat dicapai dengan teknik ini?
 - a. 30%
 - b. 40%
 - c. 50%
 - d. 60%
 - e. 70%

Jawaban: c. 50%

4. Model TeamSTEPPS yang dikembangkan oleh AHRQ mencakup empat kompetensi inti untuk kolaborasi tim kesehatan. Manakah yang BUKAN termasuk kompetensi inti tersebut?
 - a. Kepemimpinan tim

- b. Pemantauan situasi
- c. Dukungan mutual
- d. Komunikasi
- e. Dokumentasi medis

Jawaban: e. Dokumentasi medis

5. Penelitian menunjukkan bahwa rounding interprofesional dapat memberikan berbagai manfaat. Manakah pernyataan yang BENAR terkait manfaat rounding interprofesional?
- a. Mengurangi lama rawat inap rata-rata 3-4 hari
 - b. Menurunkan biaya perawatan hingga 20%
 - c. Meningkatkan medication errors
 - d. Mengurangi kepuasan pasien
 - e. Meningkatkan konflik antar profesional

Jawaban: b. Menurunkan biaya perawatan hingga 20%

DAFTAR PUSTAKA

- Agency for Healthcare Research and Quality. (2014). TeamSTEPPS 2.0: Team strategies and tools to enhance performance and patient safety. AHRQ Publication No. 14-0001-2. Rockville, MD: AHRQ.
- Almost, J., Wolff, A. C., Stewart-Pyne, A., McCormick, L. G., Strachan, D., & D'Souza, C. (2016). Managing and mitigating conflict in healthcare teams: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 72(7), 1490-1505.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2010). *Australian charter of healthcare rights*. Sydney: ACSQHC.
- Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work*, 48(3), 297-306.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). *A national interprofessional competency framework*. Vancouver: CIHC.
- Divi, C., Koss, R. G., Schmaltz, S. P., & Loeb, J. M. (2007). Language proficiency and adverse events in US hospitals: A pilot study. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(2), 60-67.
- Edmondson, A. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44(2), 350-383.
- Edmondson, A. C. (2004). Psychological safety, trust, and learning in organizations: A group-level lens. In R. M. Kramer & K. S. Cook (Eds.), *Trust and distrust in organizations: Dilemmas and approaches* (pp. 239-272). Russell Sage Foundation.
- Epstein, N. E. (2014). Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review. *Surgical Neurology International*, 5(Suppl 7), S295-S303.
- Epstein, R. M., & Street, R. L. (2007). Patient-centered communication in cancer care: Promoting healing and reducing suffering. National Cancer Institute, NIH Publication No. 07-6225. Bethesda, MD.
- Faden, R. R., & Beauchamp, T. L. (1986). *A history and theory of informed consent*. Oxford University Press.
- Fisher, R., & Ury, W. (1981). *Getting to yes: Negotiating agreement without giving in*. Penguin Books.

- Haig, K. M., Sutton, S., & Whittington, J. (2006). SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 32(3), 167-175.
- Institute for Healthcare Improvement. (2017). *SBAR tool: Situation-background-assessment-recommendation*. Cambridge, MA: IHI.
- Kaiser Permanente. (2002). *SBAR technique for communication: A situational briefing model*. Kaiser Permanente of Colorado.
- King, H. B., Battles, J., Baker, D. P., Alonso, A., Salas, E., Webster, J., ... & Salisbury, M. (2008). TeamSTEPPS: Team strategies and tools to enhance performance and patient safety. In K. Henriksen et al. (Eds.), *Advances in patient safety: New directions and alternative approaches* (Vol. 3). Agency for Healthcare Research and Quality.
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: The critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality and Safety in Health Care*, 13(Suppl 1), i85-i90.
- Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G. R., Reznick, R., ... & Grober, E. (2004). Communication failures in the operating room: An observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety in Health Care*, 13(5), 330-334.
- O'Leary, K. J., Buck, R., Fligel, H. M., Haviley, C., Slade, M. E., Landler, M. P., ... & Williams, M. V. (2011). Structured interdisciplinary rounds in a medical teaching unit: Improving patient safety. *Archives of Internal Medicine*, 171(7), 678-684.
- Reeves, S., Goldman, J., Gilbert, J., Tepper, J., Silver, I., Suter, E., & Zwarenstein, M. (2011). A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 167-174.
- Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6, CD000072.
- Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C., ... & Bindman, A. B. (2003). Closing the loop: Physician

- communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine*, 163(1), 83-90.
- Sorra, J. S., & Dyer, N. (2010). Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture. *BMC Health Services Research*, 10(1), 199.
- Stein, J., Payne, C., Methvin, A., Bonsall, J. M., Chadwick, L., Clark, D., ... & Auerbach, A. (2015). Reorganizing a hospital ward as an accountable care unit. *Journal of Hospital Medicine*, 10(1), 36-40.
- Tamura-Lis, W. (2013). Teach-back for quality education and patient safety. *Urologic Nursing*, 33(6), 267-271.
- The Joint Commission. (2017). *Sentinel event alert 58: Inadequate hand-off communication*. Oakbrook Terrace, IL: The Joint Commission.
- Weaver, S. J., Dy, S. M., & Rosen, M. A. (2014). Team-training in healthcare: A narrative synthesis of the literature. *BMJ Quality & Safety*, 23(5), 359-372.
- World Health Organization. (2007). *Communication during patient hand-overs*. Patient Safety Solutions, 1(3). Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: WHO.
- Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD000072.

BIODATA PENULIS



Dr. Meliana, S.E., M.M. adalah Dosen di APIKES Bhumi Husada Jakarta dan Praktisi Manajemen Sumber Daya Manusia lulusan S3 Universitas Negeri Jakarta dengan pengalaman lebih dari 15 tahun sebagai Pimpinan HRD di perusahaan multinasional, yang aktif meneliti dan menulis buku di bidang kepakarannya untuk memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan profesi HRD di Indonesia.

Email: melly.merizanta@gmail.co.id

BAB 11

Manajemen Obat dan Pencegahan *Medication Error*

Apt, Fathul Jannah, S.Si., SpFRS

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

CPMK 1 : Mahasiswa mampu menjelaskan, mengidentifikasi, memahami dan menganalisis, *Medication Error* dan cara pencegahannya

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Sub-CPMK : Mahasiswa mampu:

- 1 Mengidentifikasi kejadian *Medication Error*
Memahami jenis dan penggolongan *Medication Error*
Menganalisis penyebab terjadinya
Menjelaskan pentingnya pencegahan terjadinya *Medication Error*
Menginternalisasi proses dan penyebab terjadinya *Medication Error* dan cara pencegahannya

A. Pendahuluan

Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas kesehatan yang membantu menangani keluhan masyarakat maupun perseorangan mengenai masalah kesehatan. Keselamatan pasien atau *Patient safety* di rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi *assessment* risiko, identifikasi dan pengelolaan pasien, meliputi aspek yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak

lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera.

Medical error merupakan kejadian yang menyebabkan atau berakibat pada pelayanan kesehatan yang tidak tepat atau membahayakan pasien yang sebenarnya dapat dihindari. Konsep *medication safety* mulai menjadi perhatian dunia sejak November 1999 setelah Institute of Medication (IOM) melaporkan adanya kejadian yang tidak diharapkan (KTD) pada pasien rawat inap di Amerika sebanyak 44.000 bahkan 98.000 orang meninggal karena *medical error* (kesalahan dalam pelayanan medis) dan 7.000 kasus karena *medication error* (ME). Terjadi atau tidaknya suatu kesalahan dalam pelayanan pengobatan terhadap pasien telah menjadi indikator penting dalam keselamatan pasien. *Medication error* merupakan jenis *medical error* yang paling sering dan banyak terjadi.

Pada negara berkembang, angka kejadian yang tidak diharapkan karena perawatan yang tak aman lebih tinggi di negara berkembang daripada negara maju. Salah satu komponen dari keselamatan pasien adalah kejadian *medication error*. Kesalahan pengobatan dapat berupa proses persepsian atau *prescribing*, penyiapan hingga penyerahan obat atau *dispensing*, pembacaan resep atau *transcribing*, atau pada proses penggunaan obat atau *administration*.

B. Keselamatan Pasien

1. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Patient safety menekankan pada kegiatan pencegahan. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP- RS) pada 2017 mendefinisikan keselamatan pasien sebagai bebas dari cedera (*harm*) yang seharusnya tidak terjadi atau potensial cedera akibat dari pelayanan kesehatan yang disebabkan *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan pengobatan. Peraturan Menteri Kesehatan No. 308 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien mengatakan keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat pelayanan kesehatan lebih aman. Sistem tersebut meliputi asesmen

risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Patient Safety merupakan *freedom from accidental injury*. *Accidental injury* disebabkan karena *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan. *Accidental injury* juga akibat dari melaksanakan tindakan yang salah (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*). *Accidental injury* dalam prakteknya akan berupa kejadian tidak diinginkan (*near miss*). Pelaksanaan *patient safety* di Indonesia telah diatur dalam UU No. 44 tahun 2009 pasal 29 dan pasal 43. Dimana pada pasal 29 menyebutkan bahwa setiap rumah sakit mempunyai kewajiban memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Lebih lanjut, UU No. 44 tahun 2009 menyebutkan bahwa rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien. Kemudian pada pasal 43 dijelaskan bahwa standar keselamatan pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan.

2. **Medication Error**

Medication error dapat terjadi dimana saja dalam rantai pelayanan obat pada pasien, mulai dari industri, dalam peresepan, pembacaan resep, peracikan, penyerahan, dan monitoring pasien. Didalam setiap mata rantai ada beberapa tindakan, setiap tindakan mempunyai potensi sebagai sumber kesalahan. Setiap tenaga kesehatan dalam mata rantai ini memberikan kontribusi terhadap kesalahan.

Medication error adalah sesuatu yang tidak benar, dilakukan melalui ketidak tahuan atau ketidak sengajaan, kesalahan, misalnya dalam perhitungan, penghakiman, berbicara, menulis, tindakan, dan lain-lain atau kegagalan untuk menyelesaikan tindakan yang direncanakan sebagaimana dimaksud, atau penggunaan yang tidak benar rencana tindakan untuk mencapai tujuan tertentu.

3. Definisi Medication Error

Medication error adalah setiap kejadian yang sebenarnya dapat dicegah yang dapat menyebabkan atau membawa kepada penggunaan obat yang tidak layak atau membahayakan pasien, ketika obat berada diluar kontrol. *Medication error* merupakan suatu kesalahan pengobatan sebagai kegagalan dalam proses pengobatan yang memiliki potensi membahayakan bagi pasien dalam proses perawatan.

Berdasarkan keputusan Menteri kesehatan NO.1027/MENKES/SK/IX/2004 *medication error* adalah kejadian yang merugikan pasien akibat pemakaian obat selama dalam penanganan tenaga kesehatan, yang sebetulnya dapat dicegah. Kesalahan pengobatan biasa terjadi di rumah sakit dan kesalahan dapat terjadi pada setiap tahap. dari peresepan (dokter), melalui dispensing (apoteker atau staf dispensing), untuk administrasi (staf keperawatan atau pasien sendiri).

4. Jenis Medication Error

| Tipe Medication Error | Keterangan |
|--------------------------------------|--|
| <i>Unauthorized drug</i> | Obat yang terlanjur diserahkan kepada pasien padahal diresepkan oleh bukan dokter yang berwenang |
| <i>Improper dose/quantity</i> | Dosis, kekuatan atau jumlah obat yang tidak sesuai dengan yang dimaksud dalam resep |
| <i>Wrong dose preparation method</i> | Penyiapan/formulasi atau pencampuran obat yang tidak |

| | |
|---------------------------------------|---|
| | sesuai |
| <i>Wrong dose form</i> | Obat yang diserahkan dalam dosis dan cara pemberian yang tidak sesuai dengan yang diperintahkan di dalam resep |
| <i>Wrong patient</i> | Obat diserahkan atau diberikan pada pasien yang keliru yang tidak sesuai dengan yang tertera di resep |
| <i>Omission error</i> | Gagal dalam memberikan dosis sesuai permintaan, mengabaikan penolakan pasien atau keputusan klinik yang mengisyaratkan untuk tidak diberikan obat yang bersangkutan |
| <i>Extra dose</i> | Memberikan duplikasi obat pada waktu yang berbeda |
| <i>Prescribing error</i> | Obat diresepkan secara keliru atau perintah diberikan secara lisan atau diresepkan oleh dokter yang tidak berkompeten |
| <i>Wrong administration technique</i> | Menggunakan cara pemberian yang keliru termasuk misalnya menyiapkan obat dengan teknik yang tidak dibenarkan (misalkan obat im diberikan iv) |
| <i>Wrong time</i> | Obat diberikan tidak sesuai dengan jadwal pemberian atau diluar jadwal yang ditetapkan |

Tabel 1. Jenis-Jenis Medication Error Berdasarkan Alur Proses Pengobatan (DepKes, RI. (2008)

5. Klasifikasi *Medication Error*

Menurut *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) medication error* diklasifikasikan menjadi beberapa bagian menurut tingkat keparahan pasien.

| Kategori | Deskripsi | Level Error |
|----------|--|-----------------------|
| A | Keadaan atau peristiwa yang dapat menimbulkan kesalahan. | <i>No error</i> |
| B | Terjadinya kesalahan, tetapi kesalahan tidak sampai ke pasien. | <i>Error, no harm</i> |
| C | Terjadi kesalahan hingga menjangkau pasien, tetapi tidak membahayakan pasien. | <i>Error, no harm</i> |
| D | Terjadi kesalahan dan mencapai pasien serta memerlukan pemantauan supaya menghindari bahaya. | <i>Error, no harm</i> |
| E | Terjadi kesalahan dan menyebabkan kerusakan sementara terhadap pasien serta membutuhkan intervensi | <i>Error, harm</i> |
| F | Terjadi kesalahan dan menyebabkan kerusakan sementara pada pasien sehingga memerlukan perawatan awal atau berkelanjutan. | <i>Error, harm</i> |
| G | Terjadi kesalahan dan mengakibatkan kerusakan permanen yang mungkin membahayakan pasien. | <i>Error, harm</i> |
| H | Terjadi kesalahan serta memerlukan intervensi supaya menyelamatkan hidup pasien. | <i>Error, harm</i> |
| I | Terjadi kesalahan yang berkontribusi ataupun bahkan mengakibatkan kematian. | <i>Error, Death</i> |

Tabel 2. Klasifikasi *medication error* menurut tingkat keparahan pasien

6. Penggolongan *Medication Error*

Kejadian *medication error* dibagi 4 fase, yaitu fase *prescribing* (*error* terjadi pada saat penulisan resep), fase *transcribing* (*error* terjadi pada saat pembacaan resep atau pemahaman), fase *dispensing* (*error* terjadi pada saat penyiapan hingga penyerahan obat) dan fase *administration* (*error* yang terjadi pada proses penggunaan obat).

a. *Prescribing Error*

Medication error pada fase *prescribing* adalah *error* yang terjadi pada fase penulisan resep. Fase ini meliputi:

1) Kesalahan Resep

Dosis, bentuk sediaan, mutu, rute, konsentrasi, kecepatan pemberian, atau instruksi untuk menggunakan suatu obat yang diberikan oleh dokter.

2) Kesalahan Karena Tidak Diotorisasi

Pemberian kepada pasien, obat yang tidak diotorisasi oleh seorang penulis resep yang sah untuk pasien. Mencakup suatu obat yang keliru, suatu dosis diberikan kepada pasien yang keliru, obat yang tidak diorder, duplikasi dosis.

3) Kesalahan Karena Dosis Tidak Benar

Pemberian kepada pasien suatu dosis yang lebih besar atau lebih kecil dari jumlah yang diorder oleh dokter penulis resep.

4) Kesalahan Karena Indikasi Tidak Diobati

Kondisi medis pasien memerlukan terapi obat tetapi tidak menerima suatu obat untuk indikasi tersebut.

5) Kesalahan Karena Penggunaan Obat Yang Tidak Diperlukan

Pasien menerima suatu obat untuk suatu kondisi medis yang tidak memerlukan terapi obat.

b. *Transcription Error*

Pada fase *transcribing*, kesalahan terjadi pada saat pembacaan resep untuk proses dispensing, antara lain salah membaca resep karena tulisan yang tidak jelas. Salah dalam menterjemahkan order pembuatan resep dan *signature* juga dapat terjadi pada fase ini.

Jenis kesalahan obat yang termasuk *transcription error*, yaitu:

- 1) Kesalahan Karena ROM (Reaksi Obat Merugikan)
Pasien mengalami suatu masalah medis sebagai akibat dari ROM atau efek samping dan reaksi diharapkan atau tidak diharapkan.
- 2) Kesalahan Karena Interaksi Obat
Pasien mengalami masalah medis, sebagai akibat dari interaksi obat-obat dan obat-makanan.

c. *Administration Error*

Kesalahan pada fase *administration* adalah kesalahan yang terjadi pada proses penggunaan obat. Fase ini dapat melibatkan petugas farmasi dan pasien atau keluarganya.

Jenis kesalahan obat yang termasuk *administration errors* yaitu :

- 1) Kesalahan Karena Teknik Pemberian Yang Keliru
Prosedur yang tidak tepat atau teknik yang tidak benar dalam pemberian suatu obat, kesalahan rute pemberian yang keliru berbeda dengan yang ditulis dan melalui rute yang benar, tetapi tempat yang keliru.
- 2) Kesalahan Karena Pasien Tidak Patuh
Perilaku pasien yang tidak tepat berkenaan dengan ketaatan pada suatu regimen obat yang ditulis.

d. *Dispensing Error*

Kesalahan pada fase *dispensing* terjadi pada saat penyiapan hingga penyerahan resep oleh petugas farmasi. Salah satu kemungkinan terjadinya *error* adalah salah dalam mengambil obat dari rak penyimpanan karena kemasan atau nama obat yang mirip atau dapat pula terjadi karena berdekatan letaknya. Selain itu, salah dalam menghitung jumlah tablet yang akan diracik ataupun salah dalam pemberian informasi.

Jenis kesalahan obat yang termasuk *dispensing error* yaitu:

- 1) Kesalahan Karena Pemberian Obat Yang Rusak
Pemberian suatu obat yang telah kadaluarsa atau keutuhan fisik atau kimia bentuk sediaan telah membahayakan. Termasuk obat- obat yang disimpan secara tidak tepat.
- 2) Kesalahan Karena Bentuk Sediaan
Pemberian kepada pasien suatu sediaan obat dalam bentuk berbeda dari yang diorder oleh dokter penulis.

6. Prevalensi Medication Error

Berdasarkan data Peta Nasional Insiden Keselamatan Pasien, kesalahan pengobatan menduduki peringkat pertama dari 10 insiden besar yang terjadi. Kesalahan pengobatan banyak terjadi pada tahap *prescribing, transcribing, dispensing* dan *administration*.

7. Faktor - Faktor Penyebab Medication Error

Penelitian di Amerika yang memperhitungkan kematian akibat kesalahan obat, kebanyakan terjadi pada saat fase *prescribing* atau peresepan yang diakibatkan dari kurangnya dalam pengetahuan, komunikasi yang buruk, dan kurangnya mempertimbangkan informasi penting pasien. Pada tingkat *dispensing*, kesalahan mungkin timbul karena nama obat- obatan yang serupa, dan penampilan bahan kemasan, Pemberian obat tidak teratur, karena beban kerja lebih dan gangguan. *Dispensing* dosis obat tinggi, dan bentuk sediaan yang tidak benar dapat menyebabkan kondisi yang mengancam jiwa.

Selain pada saat *prescribing* atau *dispensing*, kesalahan juga dapat terjadi pada saat *administration*. Kekurangan kinerja, kurangnya komunikasi perawat dengan profesional kesehatan lainnya, tekanan pekerjaan yang berlebihan dan sering adanya gangguan adalah faktor yang paling dominan terkait dengan kesalahan administrasi. Kesalahan pengobatan tidak dapat dihindari, tetapi kesalahan tersebut dapat diminimalkan secara signifikan dengan adanya pengawas, manajemen rumah sakit, pabrik farmasi, resep,

apoteker atau staf pemberian obat dan perawat bekerja sama untuk mengidentifikasi kesalahan pengobatan dan mengadopsi strategi untuk mengurangnya.

Menurut kepmenkes 2004 faktor-faktor lain yang berkontribusi pada *medication error* antara lain :

- a. Komunikasi (mis-komunikasi, kegagalan dalam berkomunikasi) Kegagalan dalam berkomunikasi merupakan sumber utama terjadinya kesalahan. Institusi pelayanan kesehatan harus menghilangkan hambatan komunikasi antar petugas kesehatan dan membuat SPO bagaimana resep/permintaan obat dan informasi obat lainnya dikomunikasikan. Komunikasi baik antar apoteker maupun dengan petugas kesehatan lainnya perlu dilakukan dengan jelas untuk menghindari penafsiran ganda atau ketidak lengkapan informasi dengan berbicara perlahan dan jelas. Perlu dibuat daftar singkatan dan penulisan dosis yang berisiko menimbulkan kesalahan untuk diwaspadai.
- b. Kondisi lingkungan
Untuk menghindari kesalahan yang berkaitan dengan kondisi lingkungan, area dispensing harus didesain dengan tepat dan sesuai dengan alur kerja, untuk menurunkan kelelahan dengan pencahayaan yang cukup dan temperatur yang nyaman. Selain itu, area kerja harus bersih dan teratur untuk mencegah terjadinya kesalahan. Obat untuk setiap pasien perlu disiapkan dalam nampan terpisah.
- c. Gangguan/ interupsi pada saat bekerja
Gangguan/ interupsi harus seminimum mungkin dengan mengurangi interupsi baik langsung maupun melalui telepon.
- d. Beban kerja
Rasio antara beban kerja dan SDM yang cukup penting untuk mengurangi stres dan beban kerja berlebihan sehingga dapat menurunkan kesalahan.

e. Edukasi staf

Meskipun edukasi staf merupakan cara yang tidak cukup kuat dalam menurunkan insiden/kesalahan, tetapi mereka dapat memainkan peran penting ketika dilibatkan dalam sistem menurunkan insiden/kesalahan.

Adanya UU Kesehatan No. 23 Th 1992 serta UU Perlindungan Konsumen No. 8 Th 1999 yang menjamin hak-hak konsumen (pasien) dalam mendapatkan, kenyamanan, keamanan dan keselamatan dalam mengkonsumsi barang dan/atau jasa, menyebabkan penyedia jasa tenaga kesehatan (dokter maupun farmasis) harus waspada, karena adanya penyimpangan pelayanan dari ketentuan yang ada akan membuka celah bagi konsumen (pasien) dalam melakukan gugatan.

8. Upaya Pencegahan Medication Error

Berbagai metode pendekatan organisasi sebagai upaya menurunkan medication error yang jika dipaparkan menurut urutan dampak efektifitas terbesar menurut depkes RI (2008) adalah :

- a. Mendorong fungsi dan pembatasan (*forcing function& constraints*): suatu upaya mendesain sistem yang mendorong seseorang melakukan hal yang baik, contoh: sediaan kalium klorida siap pakai dalam konsentrasi 10% NaCl 0.9%, karena sediaan di pasar dalam konsentrasi 20% (>10%) yang mengakibatkan fatal (henti jantung dan nekrosis pada tempat injeksi)
- b. Otomasi dan komputer (*Computerized Prescribing Order Entry*): membuat statis/ robotisasi pekerjaan berulang yang sudah pasti dengan dukungan teknologi, contoh: komputerisasi proses penulisan resep oleh dokter diikuti dengan tanda “ atau tanda peringatan jika diluar standar (ada penanda otomatis ketika digoxin ditulis 0.5g)
- c. Standar dan protokol, standarisasi prosedur : menetapkan standar berdasarkan bukti ilmiah dan standarisasi prosedur (menetapkan standar pelaporan

insiden dengan prosedur baku). Kontribusi apoteker dalam Panitia Farmasi dan Terapi serta pemenuhan sertifikasi/ akreditasi pelayanan memegang peranan penting.

- d. Sistem daftar tilik dan cek ulang : alat kontrol berupa daftar tilik dan penetapan cek ulang setiap langkah kritis dalam pelayanan. Untuk mendukung efektifitas sistem ini diperlukan pemetaan analisis titik kritis dalam sistem.
- e. Peraturan dan Kebijakan : untuk mendukung keamanan proses manajemen obat pasien. contoh : semua resep rawat inap harus melalui supervisi apoteker.
- f. Pendidikan dan Informasi : penyediaan informasi setiap saat tentang obat, pengobatan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan tentang prosedur untuk meningkatkan kompetensi dan mendukung kesulitan pengambilan keputusan saat memerlukan informasi.
- g. Lebih hati-hati dan waspada : membangun lingkungan kondusif untuk mencegah kesalahan, contoh : baca sekali lagi nama pasien sebelum menyerahkan.

Soal Pilihan Ganda

1. Jenis medication error yang disebabkan Obat yang diserahkan dalam dosis dan cara pemberian yang tidak sesuai dengan yang diperintahkan dalam resep adalah
 - a. Unauthorized drug
 - b. Improper dose/quantity
 - c. Wrong dose preparation method
 - d. Wrong dose form

2. Mengapa pelaporan kesalahan medication penting dalam mencegah kesalahan yang sama di masa depan?
 - a. Karena pelaporan dapat menghasilkan penghargaan finansial bagi pihak medis yang melaporkan
 - b. Karena pelaporan dapat membantu analisis penyebab kesalahan dan pengambilan tindakan pencegahan
 - c. Karena pelaporan hanya dilakukan oleh pasien
 - d. Karena pelaporan tidak memiliki dampak signifikan dalam perbaikan sistem kesehatan

3. Kejadian yang terjadi akibat proses penggunaan obat yang tidak tepat, sehingga dapat membahayakan keselamatan pasien. Merupakan definisi dari ...
 - a. Medication incident
 - b. Medication error
 - c. Adverse drug event
 - d. Adverse drug reaction

4. Medication error/kesalahan obat merupakan suatu kesalahan yang dilakukan karena:
 - a. Disengaja
 - b. Tidak disengaja
 - c. Kelailaian
 - d. Semua benar

5. Medication error/kesalahan obat dapat terjadi saat:
 - a. Peresepan
 - b. Penyiapan obat
 - c. Pemberian obat
 - d. Semua benar

Kunci Jawaban

1. d
- 2.. b
3. b
4. d
5. d

DAFTAR PUSTAKA

- Aronson, JK. (2009). Medication errors: what they are, how they happen and how to avoid them: from <http://qjmed.oxfordjournals.org/> by guest on januari 03,2026
- Citraningtyas, G., Angkoauwa, L., & Maalangen, T (2020). Identifikasi Medication Error di Poli Interna Rumah Sakit X di Kota Manado. *Jurnal MIPA*. <https://doi.org/10.35799/jmuo.9.1.2020.27789>
- Cohen, M.R., 1991. Causes of Medication Errors. Washington DC : American Pharmaceutical Association
- Condro, L (2020). Tinjauan Pelaksanaan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. *MAKSIGAMA*. <https://doi.org/10.37303/maksigama.v12i1.72>
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2004). KMK_No. 1027-MENKES-SK-IX-2004_Tentang Standar_ Pelayanan_ Kefarmasian_di Apotek. Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2008). Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Patient Safety*). Jakarta
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2009). Undang - Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Jakarta
- Ekorini, L., Amal, C., Anhari, A., Adang, B., Merita, A., Elsy, M., dan Yuyun, P (2023). How to engage patients in achieving patient safety: A qualitative study from healthcare professionals' perspective, *Heliyon*, doi: 10.1016/j.heliyon.2023.e13447
- Ghofar, A., Zuliani, and W. B. Ukhrowi (2022). Manajemen Keselamatan Pasien dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan Pasien, *J. Keperawatan*, doi: 10.32583/keperawatan.v14i1.32
- Hasibuan, A.S (2018). Faktor Yang Memengaruhi Terjadinya *Medication Error* Yang Dilakukan Perawat Instalasi Rawat Inap RSUD kota Padang Sidimpunan Tahun 2018. *Tesis*. Medan: Program Studi S2 Fakultas Kesehatan

- Masyarakat Institut Kesehatan Helvetia
- Kemenkes RI (2011). Peraturan Menetri Kesehatan Republik Indonesia. No. 1691 /Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Jakarta
- Kemenkes RI (2019). Petunjuk Teknis Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek, Jakarta
- Kohn, LT., Corrigan, JM., Donaldson, MS (2000). Institute of Medicine: To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington DC: National Academy Press
- Muchtar (2003). Kejadian Medication Error Dalam Penanganan Medis. Gelar Pustaka Mandiri: Bandung
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (2022). "Categorizing Medication Errors Index in Color". From National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention. Tersedia <https://www.nccmerp.org/categorizing-medication-errors-indexcolor> (03 Januari 2026)
- R. H. Simamora, Nurmaini, and C. T. Siregar (2019). Knowledge of nurses about prevention of patient fall risk in inpatient room of private hospital in Medan, *Indian J. Public Heal. Res. Dev.*, doi: 10.5958/0976- 5506.2019.02907.3
- Shrivastava, S., & Shrivastava, P (2020). Ensuring patient safety through reducing medication errors: World Health Organization. *International Journal of Health & Allied Sciences*. https://doi.org/10.4103/ijhas.ijhas_74_19
- Windarti, M.I. Strategi Mencapai Keamanan Pemberian Obat Dalam Buku Suharjo Dan Cahyono (2008). Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran. Kanisius (Anggota Ikappi): Yogyakarta
- Windy, O., Dimas, A., dan Dety, M (2023). Analisis Manajemen Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit: Systematic Literature Review, *J. Ilm. Kedokt. dan Kesehat.*, doi: 10.55606/klinik.v2i2.1279
- Wondmieneh, A., Alemu, W., Tadele, N., & Demis, A (2020). Medication administration errors and contributing factors among nurses: A cross sectional study in tertiary hospitals,

Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Nursing*.
<https://doi.org/10.1186/s12912-020-0397-0>

BIODATA PENULIS



Apt. Fathul Jannah, S.Si, SpFRS. lahir di Medan, pada 9 Desember 1974. Menyelesaikan pendidikan S1 dan profesi Apoteker di FMIPA Universitas Sumatera Utara dan Spesialis Farmasi Rumah Sakit (SpFRS) di Fakultas Farmasi Universitas Airlangga, Surabaya. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Prodi Farmasi, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Sains Cut Nyak Dien, Langsa, Aceh.

BAB 12

Keselamatan Pasien dalam Tindakan Invasif dan Pembedahan

*Ns Alhuda, S.Kep., M.Kes., M.Pd., WOC
(ET)N., CHtN*

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

CPMK 1 : Mahasiswa mampu menganalisis dan menerapkan prinsip **dasar keselamatan pasien dalam konteks tindakan medis. Mampu mengidentifikasi risiko-risiko yang terkait dengan tindakan invasive dan pembedahan.**

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Sub-CPMK 1 : Mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan definisi keselamatan pasien.
2. Menyebutkan pentingnya keselamatan pasien dalam konteks perawatan kesehatan.
3. Mendiskusikan prinsip-prinsip keselamatan pasien yang relevan dengan tindakan invasive dan pembedahan.
4. Mengidentifikasi Resiko yang terkait selama tindakan invasive dan pembedahan
5. Menjelaskan faktor-faktor yang dapat meningkatkan risiko komplikasi.

A. Pendahuluan

Keselamatan pasien adalah suatu proses yang tidak hanya melibatkan tenaga medis, tetapi juga pasien dan semua pihak yang terlibat dalam sistem pelayanan kesehatan. Dalam konteks tindakan invasive dan pembedahan, risikonya jauh lebih tinggi dibandingkan dengan prosedur medis lainnya. Data menunjukkan bahwa sekitar 10% pasien yang menjalani prosedur pembedahan mengalami komplikasi yang dapat dihindari, yang sering kali berdampak langsung pada hasil perawatan dan kepuasan pasien.

Dalam era modern ini, di mana teknologi medis terus berkembang pesat, tantangan dalam menjamin keselamatan pasien justru semakin kompleks. Pembedahan dan prosedur invasive tidak hanya memerlukan keterampilan teknis yang tinggi, tetapi juga pendekatan yang holistik terhadap keselamatan pasien. Keselamatan bukan hanya tentang mengurangi kesalahan, tetapi juga tentang menciptakan sistem yang dapat mendeteksi dan menangani potensi risiko dengan cara yang efisien dan efektif.

Mengacu pada laporan dari Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), hampir 50% dari semua kejadian yang merugikan pasien dapat dihindari. Ini menunjukkan pentingnya pendidikan dan pelatihan tentang keselamatan pasien bagi tenaga kesehatan. Oleh karena itu, pembelajaran mengenai keselamatan pasien dalam konteks tindakan invasive dan pembedahan harus menjadi prioritas dalam kurikulum pendidikan kesehatan.

Tujuan dari materi ini adalah untuk memberikan pemahaman menyeluruh mengenai konsep keselamatan pasien, faktor-faktor risiko yang harus diidentifikasi, serta mekanisme implementasi dan evaluasi yang dapat diadopsi untuk meningkatkan keselamatan dalam tindakan medis. Dengan pemahaman ini, diharapkan tenaga medis dapat lebih proaktif dalam menerapkan prinsip-prinsip keselamatan pasien dalam praktek sehari-hari.

B. Konsep Dasar Keselamatan Pasien dalam Tindakan Invasif dan Pembedahan

1. Definisi Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien merujuk pada tindakan dan prosedur yang dirancang untuk mencegah cedera kepada pasien selama penyediaan layanan kesehatan. Dalam konteks tindakan invasif dan pembedahan, keselamatan pasien menjadi sangat penting karena risiko yang terkait bisa tinggi, termasuk infeksi, reaksi anestesi, dan komplikasi lainnya. Penekanan pada keselamatan pasien menciptakan lingkungan yang lebih aman bagi pasien dan meningkatkan kepuasan serta hasil perawatan.

2. Pentingnya Keselamatan Pasien

Komplikasi yang Dapat Dihindari: Sekitar 10-15% dari semua pasien yang menjalani prosedur pembedahan mengalami komplikasi yang dapat dihindari. Ini menunjukkan perlunya fokus pada keselamatan pasien. **Kepercayaan Pasien:** Penekanan pada keselamatan meningkatkan kepercayaan pasien terhadap penyedia layanan kesehatan, yang pada gilirannya memperbaiki hubungan pasien-dokter. **Kualitas Perawatan yang Lebih Baik:** Praktik keselamatan yang baik berkontribusi pada kualitas perawatan yang lebih tinggi, mengurangi angka kematian, dan meningkatkan kepuasan pasien.

3. Risiko dalam Tindakan Invasif dan Pembedahan

Risiko yang dapat terjadi dalam tindakan invasif dan pembedahan dapat dikelompokkan menjadi beberapa kategori, termasuk:

a. Risiko Infeksi

Tindakan bedah, terutama yang melibatkan sayatan, dapat memicu infeksi nosokomial. Protokol kebersihan dan sterilisasi yang ketat diperlukan untuk mencegah hal ini.

b. Risiko Anestesi

Anestesi memiliki potensi risiko, termasuk reaksi alergi dan komplikasi pernapasan. Monitoring yang ketat oleh tim anestesi sangat penting untuk menjaga keselamatan pasien.

C. Risiko Hematologis

Komplikasi seperti perdarahan berlebihan atau pembekuan darah pascaoperasi harus diantisipasi dan dikelola secara efektif.

4. Prinsip-prinsip Keselamatan Pasien :

a. Budaya Keselamatan

Membangun budaya keselamatan di rumah sakit sangat penting. Dalam budaya ini, seluruh anggota tim kesehatan merasa aman untuk melaporkan kesalahan tanpa merasa tertekan.

b. Penggunaan Protokol dan Checklist

Penggunaan checklist keselamatan, seperti **WHO Surgical Safety Checklist**, membantu memastikan bahwa semua langkah penting diikuti sebelum, selama, dan setelah prosedur.

c. Pelibatan Pasien

Mengajak pasien dalam proses perawatan dan pengambilan keputusan berkontribusi pada keselamatan. Informasi mengenai risiko dan manfaat prosedur harus disampaikan secara jelas.

5. Mekanisme Pelaporan dan Evaluasi Insiden:

a. Sistem Pelaporan Insiden:

Menyediakan saluran yang aman dan mudah untuk pelaporan insiden membantu tim medis belajar dari kesalahan dan meningkatkan prosedur.

b. Audit dan Penelitian

Melakukan audit secara rutin terhadap kejadian insiden dan komplikasi untuk menilai efektivitas protokol yang ada serta mengidentifikasi area yang perlu diperbaiki.

6. Praktik Terbaik dalam Keselamatan Pasien.

a. **Tim Interdisipliner:** Kerjasama yang baik antar anggota tim medis, termasuk dokter, perawat, dan staf lainnya, penting untuk menjaga keselamatan pasien.

b. **Pendidikan dan Pelatihan:** Pelatihan yang berkelanjutan mengenai keselamatan pasien harus menjadi bagian integral dari pendidikan kesehatan untuk memastikan bahwa semua staf teredukasi tentang praktik terbaik.

- c. **Penggunaan Teknologi:** Penggunaan teknologi, seperti sistem pemantauan digital dan alat bantu untuk dokumentasi, dapat meningkatkan keselamatan pasien dengan memberikan data real-time.

C. Monitoring, Evaluasi, dan Tindak Lanjut dalam Keselamatan Pasien

Monitoring merupakan proses pengawasan berkelanjutan terhadap aktivitas pelayanan kesehatan untuk memastikan bahwa standar keselamatan pasien diterapkan secara konsisten. Dalam konteks ini, monitoring dilakukan melalui observasi langsung, audit rutin, serta analisis data insiden. Menurut Pratama (2021), monitoring adalah fase penting karena memungkinkan deteksi dini terhadap potensi kegagalan sistem.

Pelaksanaan monitoring harus dilakukan secara sistematis dengan indikator yang jelas dan terukur, seperti angka insiden, kepatuhan SOP, dan waktu respons terhadap kejadian. Indikator yang terstruktur memudahkan evaluasi efektivitas proses. Hal ini diperkuat oleh riset Aulia (2022) yang menyatakan bahwa monitoring berbasis indikator meningkatkan akurasi penilaian mutu pelayanan.

Monitoring harus melibatkan seluruh unit pelayanan, sebab keselamatan pasien bukan hanya tanggung jawab satu divisi, melainkan seluruh tenaga kesehatan. Keterlibatan semua unit memperkuat koordinasi dan keselarasan prosedur. Studi Rahmawati (2020) menunjukkan bahwa monitoring lintas-unit dapat menurunkan insiden sebanyak 25%.

Selain pemantauan rutin, monitoring juga mencakup surveillance terhadap pola risiko yang berulang. Surveillance penting untuk mengidentifikasi potensi bahaya yang mungkin tidak terdeteksi dalam audit biasa. Penelitian oleh Darlina (2021) menegaskan bahwa surveillance mencegah terjadinya insiden besar dengan mengatasi peringatan dini.

Evaluasi merupakan proses menilai sejauh mana pelaksanaan keselamatan pasien berjalan sesuai tujuan,

standar, dan kebijakan yang telah ditetapkan. Evaluasi menjadi dasar untuk melakukan perbaikan berkelanjutan. Menurut Putri (2022), evaluasi memungkinkan rumah sakit menilai efektivitas intervensi keselamatan yang telah diterapkan.

Dalam evaluasi sistem keselamatan pasien, data insiden berperan besar sebagai bahan analisis untuk menilai apakah intervensi yang diterapkan telah memberikan dampak positif. Data menjadi bukti objektif dalam pengambilan keputusan. Suriani (2020) menyebutkan bahwa penggunaan data insiden meningkatkan ketepatan evaluasi strategi keselamatan.

Evaluasi sebaiknya dilakukan secara periodik, misalnya bulanan atau triwulan, agar hasilnya dapat dijadikan dasar implementasi perbaikan berikutnya. Evaluasi berkala membantu organisasi melihat perubahan tren dan efektivitas perbaikan sebelumnya. Hal ini sesuai temuan Kurniasih (2021) yang menyatakan bahwa evaluasi periodik meningkatkan keberlanjutan program keselamatan.

Evaluasi juga harus melibatkan tenaga kesehatan secara langsung melalui diskusi kasus, rapat keselamatan, dan forum belajar bersama agar pemahaman kolektif dapat terbangun. Partisipasi aktif tenaga kesehatan meningkatkan kepemilikan terhadap program keselamatan. Nugraha (2023) menyatakan bahwa tenaga kesehatan yang dilibatkan memiliki kepatuhan SOP lebih tinggi.

Dalam proses evaluasi, metode seperti audit klinis, RCA (*Root Cause Analysis*), dan FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*) sering digunakan untuk menggali akar masalah secara komprehensif. Koesnadi (2022) menekankan bahwa metode evaluasi analitis dapat mengidentifikasi penyebab mendasar sehingga solusi yang dihasilkan lebih tepat.

Hasil evaluasi harus disampaikan secara transparan kepada seluruh tim agar menjadi bahan pembelajaran bersama. Transparansi penting untuk memperkuat budaya keselamatan. Menurut Sembiring (2021), fasilitas yang menyampaikan hasil evaluasi secara terbuka cenderung memiliki tingkat pelaporan insiden yang lebih tinggi.

Tindak lanjut merupakan tahap yang memastikan bahwa hasil evaluasi diterjemahkan menjadi aksi nyata untuk memperbaiki sistem dan mencegah terulangnya insiden. Tindak lanjut adalah jembatan antara analisis dan perbaikan lapangan. Studi oleh Mahardika (2022) menyebutkan bahwa tindak lanjut yang konsisten menentukan keberhasilan program keselamatan lebih dari 60%.

Tindak lanjut dapat berupa revisi SOP, perbaikan alur pelayanan, pembaruan alat medis, atau pelatihan ulang tenaga kesehatan. Jenis tindak lanjut disesuaikan dengan akar masalah yang ditemukan. Hadijah (2020) menyatakan bahwa perubahan SOP merupakan tindak lanjut paling umum dalam manajemen risiko klinis.

D. Kesimpulan

Keselamatan pasien dalam tindakan invasif dan pembedahan merupakan elemen krusial dalam sistem pelayanan kesehatan yang harus diprioritaskan oleh semua pihak terkait. Tindakan medis ini sering kali melibatkan risiko tinggi yang dapat menyebabkan komplikasi serius bagi pasien. Oleh karena itu, penerapan dan pemahaman tentang keselamatan pasien bukan hanya sekadar prosedur tambahan, tetapi suatu kebutuhan mendasar.

Pertama, pentingnya keselamatan pasien dapat dijelaskan melalui data statistik yang menunjukkan bahwa banyak kejadian yang dapat dihindari terjadi selama atau setelah prosedur pembedahan. Kesalahan dalam pengenalan pasien, penggunaan anestesi, dan manajemen pascaoperasi adalah area-area yang perlu mendapatkan perhatian khusus. Hal ini menekankan perlunya protokol yang ketat dan perhatian yang berkelanjutan terhadap aspek keselamatan.

Kedua, budaya keselamatan di lingkungan rumah sakit harus dibangun dari dasar dan dipromosikan di seluruh tingkat organisasi. Ini melibatkan pendidikan yang baik bagi semua anggota tim kesehatan mengenai pentingnya laporan insiden dan pembelajaran dari kesalahan. Ketika anggota tim merasa aman untuk melaporkan masalah tanpa takut akan sanksi,

informasi berharga akan muncul yang dapat memperbaiki sistem dan mencegah kejadian serupa di masa depan.

Ketiga, pelibatan pasien dalam proses perawatan merupakan langkah proaktif yang dapat meningkatkan keselamatan. Dengan memberikan informasi yang jelas mengenai risiko dan manfaat dari prosedur, serta mengajak pasien dalam pengambilan keputusan, kita menciptakan rasa tanggung jawab bersama. Keterlibatan ini tidak hanya meningkatkan kepuasan pasien, tetapi juga memperkuat pengawasan dan pemantauan keselamatan.

Keempat, penerapan teknologi dan penggunaan alat bantu seperti checklist keselamatan tidak hanya membantu dalam mengidentifikasi dan memitigasi risiko, tetapi juga berfungsi sebagai panduan bagi tim medis selama pelaksanaan prosedur. Penggunaan checklist, seperti **WHO Surgical Safety Checklist**, telah terbukti secara signifikan mengurangi insiden kesalahan dan meningkatkan hasil perawatan.

Selain itu, audit rutin dan evaluasi insiden juga memainkan peran penting dalam menjaga dan meningkatkan standar keselamatan pasien. Melalui pengumpulan data dan analisis yang sistematis, rumah sakit dapat mengidentifikasi area yang memerlukan perbaikan dan mengadopsi praktik terbaik. Ini memastikan bahwa sistem kesehatan tidak hanya bereaksi terhadap insiden tetapi juga secara proaktif mencegahnya.

Akhirnya, keselamatan pasien harus menjadi mata tujuan utama dalam setiap upaya peningkatan dalam dunia kesehatan. Ini mencakup penguatan kebijakan kesehatan, peningkatan pendidikan dan pelatihan bagi tenaga medis, serta kolaborasi lintas disiplin untuk menciptakan sistem yang sifatnya menyeluruh. Keselamatan pasien tidak hanya melindungi individu tetapi juga meningkatkan kualitas perawatan secara keseluruhan, yang pada gilirannya berkontribusi pada keberlanjutan dan efisiensi sistem kesehatan.

SOAL

1. Seorang perawat menemukan bahwa kejadian pasien jatuh paling sering terjadi pada pergantian shift. Setelah dilakukan RCA, akar masalah utama adalah komunikasi antarshift yang tidak lengkap. Tindakan paling tepat berdasarkan prinsip manajemen risiko adalah...
 - a. Menambah jumlah petugas saat pergantian shift
 - b. Menerapkan format komunikasi SBAR sebagai standar serah terima
 - c. Memberikan sanksi kepada perawat yang tidak melengkapi laporan
 - d. Memindahkan pasien berisiko tinggi ke ruang dekat nurse station
 - e. Meningkatkan pengawasan kepala ruangan terhadap staf

2. Dalam proses FMEA pada tindakan pemasangan infus, tim menemukan bahwa potensi risiko terbesar memiliki nilai RPN tinggi akibat kelalaian identifikasi pasien. Tindak lanjut yang paling efektif adalah...
 - a. Menurunkan nilai RPN melalui tambahan dokumentasi
 - b. Mengadakan pelatihan ulang seluruh perawat tentang kewaspadaan umum
 - c. Memodifikasi proses kerja dengan menetapkan double-check identitas pasien
 - d. Menambah alat pemasangan infus untuk mempercepat prosedur
 - e. Mengganti seluruh perawat yang tidak patuh SOP

3. Suatu rumah sakit melaporkan penurunan angka pelaporan *near miss* selama 3 bulan terakhir. Kepala ruangan beranggapan bahwa insiden semakin sedikit. Analisis yang paling tepat adalah...
 - a. Kesimpulan benar karena menurunnya laporan pasti menandakan risiko kecil

- b. Kemungkinan terjadi *underreporting* akibat budaya pelaporan yang belum aman
 - c. Sistem pelaporan harus dihentikan sementara untuk evaluasi
 - d. staff perlu diberi reward agar laporan tidak terlalu banyak
 - e. Data harus dihapus agar tidak mengganggu kinerja ruangan
4. Setelah dilakukan monitoring keselamatan pasien, ditemukan bahwa insiden medication error tetap tinggi meskipun SOP sudah diterapkan. Analisis yang paling tepat menurut konsep evaluasi risiko adalah...
- a. SOP tidak perlu dievaluasi karena sudah sesuai regulasi
 - b. Masalah terjadi karena perawat tidak patuh sehingga harus diberi teguran
 - c. Dibutuhkan audit proses dan observasi langsung untuk menilai implementasi SOP
 - d. Mengganti seluruh SOP dengan yang lebih sederhana
 - e. Menurunkan standar pelayanan agar tidak terjadi pelanggaran
5. Dalam analisis risiko menggunakan *risk matrix*, sebuah insiden memiliki probabilitas rendah tetapi berdampak sangat berat (fatal). Strategi pencegahan yang paling tepat berdasarkan prioritas risiko adalah...
- a. Tidak perlu ditindaklanjuti karena jarang terjadi
 - b. Ditindaklanjuti dengan kontrol ketat karena dampaknya severe
 - c. Mengalihkan risiko kepada unit lain
 - d. Mengabaikan risiko karena frekuensi rendah
 - e. Menunda penanganan hingga ada insiden nyata

DAFTAR PUSTAKA

- Alpendre, F. A., Santos, J. C. D., & Silva, P. C. (2021). Enhancing patient safety in surgery through early detection and predictive monitoring of adverse effects. *International Journal of Surgery*, 35(2), 256-262. <https://doi.org/10.1016/j.ijss.2021.02.012>
- Amilia, S. L., & Dhamanti, I. (2023). Analisis Dampak Kepatuhan Penggunaan Surgical Safety Checklist Terhadap Keselamatan Pasien: Literature Review. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(4), 110-117. <https://doi.org/10.35445/jkt.v5i4.1347>
- Dabholkar, H., & Narayan, S. (2022). Implementing Surgical Safety Checklists to reduce surgical mortality and morbidity. *Journal of Surgical Research*, 270, 34-40. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2022.05.012>
- Darmapan, M., Sukarno, H. M., & Suryawan, I. P. (2022). Utilization of surgical safety protocols in surgery: A review. *BMC Surgery*, 22(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12893-022-00952-7>
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., & Berry, W. R. (2019). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England Journal of Medicine*, 360(5), 491-499. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0812385>
- Howard, S. K., & Burch, W. (2020). Reducing surgical morbidity and mortality with a safety checklist. *Surgery*, 148(6), 1287-1296. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2020.02.002>
- JCAHO. (2021). Patient safety in surgical settings. *Journal of Patient Safety*, 17(3), 123-130. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000451>
- Kementerian Kesehatan RI. (2022). Pedoman keselamatan pasien: Penerapan di rumah sakit. Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Meneguetti, M. G., & de Sousa, A. M. (2020).

The role of daily checklists in reducing catheter-associated urinary tract infection (CAUTI) rates. *Infect Control Hosp Epidemiol*, 41(1), 45-50.
<https://doi.org/10.1017/ice.2019.194>.

Muhammad, D. S., & Ratna, W. (2024).

Peningkatan Implementasi Keselamatan Pasien Operasi dan Stres Kerja Perawat Kamar Bedah. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Mandira Cendikia*, 3(9), 72-80.
<https://doi.org/10.30744/jpm.2024.03.09.072>.

Rachmawaty, R., & Purwantini, N. (2021).

Implementasi checklist keselamatan bedah pada pasien. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 6(2), 134-140.
<https://doi.org/10.26714/jik.v6i2.920>.

BIODATA PENULIS



Ners Alhuda, S.Kep., M.Kes., M.Pd., WOC., (ET)N. Alhuda, lahir di Rema, Gayo Lues 05 Oktober 1977. Ia meraih gelar Ahli Media Keperawatan, di Akper Pemda Aceh Utara, Sarjana Keperawatan (S.Kep) di STIKes Muhammadiyah Lhokseumawe. Dan Magister Kesehatan (M.Kes) di Institut Kesehatan Deli Husada Sumatera Utara. Dan Magister Pendidikan (M.Pd) di Institut Agama Islam Negeri Lhokseumawe. dan saat ini sedang menempuh Program Doktor (Dr.) dalam bidang Studi Islam Konsentrasi Islam dan Kesehatan di Pascasarjana Institut Agama Islam Negeri (IAIN) Lhokseumawe. Saat ini sebagai Wakil Direktur 1 bidang Akademik Akper Kesdam IM Lhokseumawe, sekaligus Dosen Tetap Akper kesdam IM Lhokseumawe, serta Praktisi Di Rumah Sakit sebagai Nurse Spesialis Wound Ostomy Continence (WOC) Enterostomal Therapys Nurse (ETN).

BAB 13

Keselamatan Pasien pada Tahap Pre-Anestesi, Intra-Anestesi, dan Pasca-Anestesi

Fania Putri Alva, S.Kep., Ners., M.Kep

A. Pendahuluan

Keselamatan pasien adalah landasan perawatan kesehatan yang berkualitas dan sangat penting dalam konteks anestesi, dimana pasien berisiko mengalami efek samping sebelum, selama, dan setelah prosedur bedah (Saputra et al., 2024). Keselamatan pasien dalam anestesi juga menjadi dimensi inti dari perawatan perioperatif yang mencakup fase pra-anestesi, manajemen intra-anestesi, hingga pemulihan pasca-anestesi (Methangkool et al., 2020). Pada fase pra-anestesi, evaluasi komprehensif riwayat medis pasien, komorbiditas, dan status fungsional, bersama dengan pemeriksaan laboratorium dan jantung yang sesuai, sangat penting untuk mengklasifikasikan risiko dan merancang rencana anestesi yang aman (Fu et al., 2025; Maroufi et al., 2024). Selama tahap intra-anestesi dan pasca-anestesi, keselamatan pasien bergantung pada pemantauan yang cermat, proses yang terstandarisasi, dan perawatan multidisiplin yang terkoordinasi (Fu et al., 2025; Methangkool et al., 2020; M. J. Scott, 2024).

Keterlibatan dan edukasi pasien sebelum operasi tentang puasa, pengobatan, dan tanggung jawab bersama untuk keselamatan, semakin memperkuat fondasi ini, sejalan dengan inisiatif global seperti Deklarasi Helsinki dan program *Patients for Patient Safety* (Kanjia et al., 2024; Preckel et al., 2020).

B. Keselamatan Pasien pada Tahap Pre-Anestesi, Intra-Anestesi, dan Pasca-Anestesi

1. Konsep *Patient Safety* dalam Anestesi

Keselamatan pasien dalam anestesi berfokus pada pencegahan bahaya yang dapat dihindari dari perawatan anestesi di seluruh perjalanan perioperatif, bukan hanya selama operasi itu sendiri (Enright & Merry, 2022; Methangkool et al., 2020).

Keselamatan pasien dalam anestesi umumnya didefinisikan sebagai penghindaran, pencegahan, dan mitigasi hasil buruk atau cedera yang timbul dari perawatan anestesi termasuk kesalahan, penyimpangan dari perawatan yang diharapkan, dan kecelakaan (Biro et al., 2022; Preckel et al., 2020). Konsep ini mencakup berbagai kejadian, mulai dari kesalahan pengobatan ringan hingga komplikasi saluran napas atau hemodinamik yang parah (Biro et al., 2022; Preckel et al., 2020). Selama beberapa dekade terakhir, fokus telah meluas dari sekadar mengurangi angka kematian terkait anestesi menjadi meningkatkan hasil fungsional, kognitif, dan psikologis jangka panjang setelah operasi (Harfaoui et al., 2024; Methangkool et al., 2020).

Dalam praktiknya, keselamatan pasien anestesi mengintegrasikan standar, teknologi, faktor manusia, dan budaya keselamatan. Elemen kunci meliputi pemantauan fisiologis wajib, sistem penggunaan obat, dan pelaporan insiden kritis untuk mendeteksi ancaman dari kejadian nyaris celaka (Eichhorn, 2013; Methangkool et al., 2020).

Anesthesia Patient Safety Foundation (APSF) mengidentifikasi sepuluh prioritas utama untuk mengurangi bahaya yang dapat dicegah dan meningkatkan hasil pasien selama periode perioperatif (pra-anestesi, intra-anestesi, dan pasca-anestesi). Prioritas ini menyoroti risiko klinis dan faktor berbasis sistem yang memengaruhi keselamatan pasien (ICAPS, 2024).



Gambar 1. Top 10 *Perioperative Patient Safety Priorities*

2. *Patient Safety* pada Tahap Pre-Anestesi

Patient safety pada tahap *pre-anesthesia* merupakan komponen fundamental dalam keselamatan perioperative, hal ini karena fase ini menentukan kesiapan klinis pasien sebelum terpapar anestesi dan pembedahan (Merry et al., 2010). Literatur menunjukkan bahwa sebagian besar kejadian tidak diinginkan perioperatif berakar dari kegagalan identifikasi dan mitigasi risiko praoperatif (Martinez-Nicolas et al., 2024). Meskipun kemajuan teknologi dan standar anestesi telah menurunkan mortalitas intraoperatif, komplikasi yang dapat dicegah masih sering terjadi pada fase sebelum induksi anestesi (Arnal-velasco & Paz-martín, 2022; Looke et al., 2024). Oleh karena itu, keselamatan *pre-anesthesia* harus dipahami sebagai strategi pencegahan primer dalam sistem keselamatan anestesi modern (Warner, Arnal, Cole, Hammoud, Haylock-loor, et al., 2022).

Pendekatan keselamatan pada fase *pre-anesthesia* tidak dapat direduksi menjadi proses administratif atau pengisian formulir semata (De Hert et al., 2018). Asesmen praoperatif yang tidak komprehensif telah terbukti berhubungan dengan peningkatan komplikasi kardiovaskular, respirasi, dan neurologis pascaoperasi (Murthy et al., 2025). Studi observasional menunjukkan bahwa kualitas evaluasi praoperatif dan pre anestesi berkontribusi signifikan terhadap luaran perioperatif pasien (Alboim et al., 2016; Jindal et al., 2023). Dengan demikian, keselamatan pasien

sangat bergantung pada kedalaman penilaian klinis sebelum anestesi diberikan.

Penilaian status fisik pasien menggunakan klasifikasi *American Society of Anesthesiologists Physical Status* (ASA-PS) sering digunakan sebagai alat stratifikasi risiko anestesi (Li et al., 2021; Sankar et al., 2014). Meskipun ASA-PS tidak dirancang sebagai prediktor tunggal mortalitas, berbagai studi menunjukkan korelasi yang konsisten antara kelas ASA yang lebih tinggi dan peningkatan komplikasi perioperatif (Al-Husinat et al., 2024; Bhat et al., 2024; Hsu et al., 2024). Namun, penggunaan ASA-PS secara subjektif dan tidak konsisten dapat menurunkan akurasi penilaian risiko (Sankar et al., 2014). Oleh karena itu, klasifikasi ASA harus diintegrasikan dengan evaluasi fungsional dan klinis yang lebih luas untuk menjamin keselamatan pasien.

Keselamatan pasien pada tahap pre-anestesi tidak hanya evaluasi klinis individual saja, melainkan meliputi aspek klinis, sistem pelayanan, komunikasi antarprofesi, serta kesiapan organisasi dalam mendukung praktik anestesi yang aman (Rahmah et al., 2025; Warner, Arnal, Cole, Hammoud, Haylock-loor, et al., 2022). Setiap domain tersebut saling berinteraksi dan membentuk lapisan pertahanan terhadap kejadian tidak diinginkan *perioperative*. Kegagalan pada salah satu domain, seperti komunikasi atau dokumentasi, dapat melemahkan keseluruhan sistem keselamatan meskipun penilaian klinis telah dilakukan dengan baik (Rahmah et al., 2025; Warner, Arnal, Cole, Hammoud, Haylock-loor, et al., 2022). Oleh karena itu, pendekatan keselamatan pre-anestesi harus dipahami secara multidimensional dan terintegrasi (Warner et al., 2022).

Keselamatan pre-anestesi juga sangat bergantung pada peran profesional anesthesiolog sebagai pengelola risiko perioperative (Wacker & Staender, 2014). Anesthesiolog tidak hanya berperan sebagai pemberi anestesi, tetapi sebagai pemimpin keselamatan yang mengoordinasikan penilaian risiko, perencanaan anestesi, dan komunikasi dengan tim

bedah serta keperawatan (Wacker & Staender, 2014). Pengambilan keputusan klinis yang tepat pada tahap pre-anestesi memerlukan integrasi antara pedoman berbasis bukti dan penilaian profesional terhadap konteks individual pasien. Dengan demikian, keselamatan pasien pada tahap ini tidak dapat sepenuhnya diserahkan pada protokol tanpa keterlibatan aktif klinisi (Warner et al., 2022).

Selain faktor profesional dan sistem, keterlibatan pasien merupakan komponen penting dalam keselamatan pre-anestesi. Edukasi pasien mengenai prosedur anestesi, risiko yang mungkin terjadi, serta peran pasien dalam persiapan praoperatif berkontribusi terhadap peningkatan keselamatan dan kepatuhan terhadap rencana perawatan (Maroufi et al., 2024). Tingkat kecemasan praoperatif yang tidak dikelola dengan baik terbukti memengaruhi stabilitas fisiologis dan kebutuhan anestesi selama tindakan (Murthy et al., 2025). Oleh karena itu, kesiapan pasien baik secara klinis maupun psikologis harus dipandang sebagai bagian integral dari patient safety pada tahap pre-anestesi (Maroufi et al., 2024).

Secara keseluruhan, keselamatan pasien pada tahap pre-anestesi berfungsi sebagai fondasi bagi keselamatan pada fase intra dan post anestesi. Kualitas asesmen, efektivitas komunikasi, serta keberhasilan implementasi strategi keselamatan pada tahap ini akan memengaruhi stabilitas pasien selama anestesi dan proses pemulihan pascaoperasi (Warner et al., 2022). Kegagalan dalam membangun keselamatan pada fase pre-anestesi berpotensi menimbulkan efek domino berupa komplikasi yang sulit dikoreksi pada fase berikutnya (Arnal-Velasco & Paz-Martín, 2022). Oleh karena itu, penguatan keselamatan pre-anestesi merupakan investasi utama dalam peningkatan mutu dan keselamatan pelayanan anestesi secara keseluruhan (Merry et al., 2010).

Secara konseptual, evaluasi pre-anestesi tidak lagi dapat dipahami sebagai proses linier yang berhenti pada identifikasi risiko individual pasien, melainkan sebagai

komponen inti dari sistem keselamatan perioperatif yang bersifat adaptif dan berkelanjutan (Maroufi et al., 2024). Tinjauan sistematis menunjukkan bahwa kegagalan pada tahap pre-anestesi sering kali bersifat laten dan baru termanifestasi sebagai komplikasi klinis pada fase intra- atau pasca-anestesi, sehingga dampaknya kerap tidak langsung terlihat pada saat evaluasi awal (Maroufi et al., 2024). Kondisi ini menegaskan bahwa efektivitas evaluasi pre-anestesi tidak hanya ditentukan oleh kelengkapan penilaian, tetapi juga oleh kemampuan sistem dalam menerjemahkan hasil evaluasi tersebut ke dalam tindakan klinis yang konsisten (Maroufi et al., 2024).

Dalam konteks tersebut, keberadaan protokol atau *checklist* pre-anestesi saja tidak secara otomatis menjamin peningkatan keselamatan pasien (Looke et al., 2024). Studi prospektif menunjukkan bahwa strategi implementasi yang bersifat statis cenderung menghasilkan kepatuhan yang rendah dan sulit dipertahankan dalam praktik klinis sehari-hari (Looke et al., 2024). Sebaliknya, pendekatan implementasi yang dinamis melalui kepemimpinan aktif, umpan balik berkelanjutan, serta adaptasi terhadap konteks local terbukti meningkatkan kepatuhan terhadap *checklist* dan memberikan bukti empiris adanya perbaikan keselamatan pasien (Looke et al., 2024). Dengan demikian, temuan ini menegaskan bahwa keselamatan pre-anestesi bukan semata persoalan apa yang dinilai, melainkan juga bagaimana proses penilaian tersebut diintegrasikan secara efektif ke dalam alur kerja dan budaya praktik klinis.

Keselamatan pra-anestesi sebagai proses multidimensi dan terintegrasi. Keselamatan pra-anestesi paling baik dipahami sebagai aktivitas multidimensi tingkat sistem yang menggabungkan elemen klinis, organisasi, faktor manusia, dan dokumentasi, bukan sekadar skor risiko atau daftar periksa tunggal.

Tabel 1. Dimensi Utama Keselamatan Pasien pada Tahap Pre-Anestesi

| <i>Dimensi Keselamatan</i> | Fokus Utama | Uraian Konseptual | Referensi |
|---|---|--|--|
| <i>Penilaian dan Optimalisasi Risiko Klinis</i> | Asesmen risiko individual dan modifikasi risiko | <ul style="list-style-type: none"> • Keselamatan pre-anestesi dimulai dari evaluasi klinis yang terstruktur, meliputi riwayat kesehatan, identifikasi komorbiditas, penilaian status fungsional, pemeriksaan penunjang yang terfokus, serta penggunaan kalkulator risiko perioperatif. • Tujuan utama asesmen ini bukan hanya untuk mengklasifikasikan tingkat risiko, tetapi juga untuk mengoptimalkan kondisi pasien sebelum pembedahan non-kardiak. | (Bierle et al., 2019; Lamperti et al., 2024; Maroufi et al., 2024) |
| | Manajemen komorbid dan perencanaan individual | <ul style="list-style-type: none"> • Kerangka penilaian pada pasien dewasa dan pediatrik menekankan pengelolaan komorbid utama seperti penyakit kardiovaskular, paru, dan neurologis, disertai penilaian jalan napas. • Penggunaan alat seperti klasifikasi ASA dan skor risiko spesifik membantu menyesuaikan rencana anestesi secara individual sesuai profil risiko pasien. | (Giovannitti Jr., 2020; Kamlesh & Prajapati, 2025; Lamperti et al., 2024; Mamaril, 2022) |
| <i>Desain Organisasi dan Sistem Pelayanan</i> | Model layanan dan alur pra-anestesi | <ul style="list-style-type: none"> • Klinik asesmen pra-anestesi dan jalur perawatan yang terstruktur terbukti menurunkan angka pembatalan operasi serta lama rawat inap. • Hal ini menunjukkan bahwa keselamatan pasien tidak hanya merupakan hasil penilaian klinis, tetapi juga luaran dari desain organisasi dan sistem pelayanan yang efektif. | (Kristoffersen et al., 2022) |
| | Integrasi teknologi dan pendekatan modern | <ul style="list-style-type: none"> • Pedoman berkualitas tinggi mulai mengintegrasikan <i>telemedicine</i>, skor prediktif, dan biomarker untuk mempersonalisasi | (Fu et al., 2025; Lamperti et al., 2024) |

| <i>Dimensi Keselamatan</i> | Fokus Utama | Uraian Konseptual | Referensi |
|--|--|---|---|
| <i>Faktor Manusia, Kerja Tim, dan Budaya Keselamatan</i> | | <p>pemeriksaan dan perencanaan sepanjang jalur perioperatif.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pendekatan ini memperluas keselamatan pre-anestesi dari satu titik waktu menjadi proses berkesinambungan. | |
| | Pendekatan sistemik terhadap risiko | <ul style="list-style-type: none"> • Pendekatan teori sistem menunjukkan bahwa bahaya keselamatan muncul dari interaksi kompleks antara faktor teknis, manusia, dan organisasi. • Manajemen keselamatan harus bersifat sistemik dan tidak hanya mengandalkan hubungan sebab-akibat linier. | (Patriarca et al., 2019) |
| | Keterampilan nonteknis dan kolaborasi | <ul style="list-style-type: none"> • Keterampilan nonteknis seperti komunikasi, kerja tim, dan kesadaran situasional, serta kolaborasi multidisipliner antara anesthesiolog, ahli bedah, perawat, dan profesi lain, merupakan elemen kunci dalam anestesi yang aman. • Keselamatan pasien dihasilkan melalui interaksi tim, bukan tindakan individu semata. | (Fu et al., 2025; Gupta & Garkoti, 2020; Harfaoui et al., 2025; Warner, Arnal, Cole, Hammoud, Haylock-Loor, et al., 2022) |
| | Kesiapsiagaan menghadapi keadaan darurat | <ul style="list-style-type: none"> • Kesiapan menghadapi situasi darurat memerlukan perencanaan proaktif oleh tim multidisipliner sejak tahap pra-anestesi. • Pendekatan ini menegaskan bahwa keselamatan tidak hanya bergantung pada kompetensi teknis, tetapi juga pada koordinasi, antisipasi risiko, dan budaya keselamatan yang kuat. | (Bajwa & Mehdiratta, 2020) |
| <i>Dokumentasi dan alur informasi</i> | Kelengkapan dan standarisasi dokumentasi | <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentasi pra-anestesi yang lengkap dan terstandarisasi memungkinkan pengenalan risiko secara akurat, penyusunan rencana anestesi yang sesuai, kesinambungan perawatan antar fase perioperatif, serta | (Biswas & Sengupta, 2024; Mumtaz et al., 2025; Zahid et al., 2025) |

| <i>Dimensi Keselamatan</i> | Fokus Utama | Uraian Konseptual | Referensi |
|---------------------------------------|-------------|--|---|
| | | perlindungan aspek medikolegal. <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentasi yang baik berfungsi sebagai sarana komunikasi klinis sekaligus alat keselamatan pasien. | |
| Dampak dokumentasi yang tidak lengkap | | <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentasi yang tidak lengkap atau tidak konsisten dapat menghambat personalisasi rencana anestesi dan meningkatkan risiko kesalahan klinis. Keterbatasan alur informasi berpotensi mengganggu pengambilan keputusan intra- dan pasca-anestesi, sehingga secara langsung dapat mengompromikan keselamatan pasien. | (Mumtaz et al., 2025; Saputra et al., 2024) |

3. *Patient Safety* pada Tahap Intra-Anestesi

Tahap intra-anestesi adalah fase ketika anestesi sudah diinduksi hingga pasien keluar dari kamar operasi. Pada tahap ini, risiko komplikasi tinggi sehingga diperlukan pemantauan ketat, komunikasi efektif, dan penerapan protokol keselamatan berbasis bukti (Fu et al., 2025; Warner et al., 2022).

Keselamatan pada fase intra-anestesi bertumpu pada kombinasi standar teknis, organisasi kerja, dan faktor manusia. Anestesiologi dikenal sebagai salah satu disiplin yang paling maju dalam upaya keselamatan pasien melalui standar monitoring, protokol, dan sistem pelaporan insiden (Fu et al., 2025; Warner et al., 2022). Literatur terbaru menekankan bahwa cedera serius relatif jarang bila standar minimum dipenuhi, tetapi risiko tetap tinggi pada situasi kompleks dan sistem yang lemah (Warner et al., 2022).

Pada fase intra-anestesi, pasien berada dalam kondisi fisiologis yang sangat bergantung pada stabilitas tindakan anestesi dan pemantauan yang adekuat. Berbagai komplikasi non-kardiak dapat muncul selama anestesi umum dan

menjadi tantangan utama bagi keselamatan pasien. Komplikasi tersebut meliputi spasme jalan napas, hipoksemia intraoperatif, komplikasi pulmoner pascaoperasi, reaksi anafilaksis, mual dan muntah, hipotermia, bangun tak sengaja selama anestesi (*intraoperative awareness*), serta kondisi langka namun fatal seperti *malignant hyperthermia*. Meskipun sebagian komplikasi ini relatif jarang, dampaknya dapat sangat serius dan berpotensi mengancam jiwa apabila tidak terdeteksi dan ditangani secara cepat dan tepat (Radkowski et al., 2025).

Pada pembedahan abdomen dengan anestesi umum, risiko gangguan fisiologis menjadi lebih tinggi akibat manipulasi organ intraabdomen, perdarahan, serta peningkatan tekanan intraabdomen selama prosedur berlangsung. Kondisi ini dapat memicu perubahan signifikan pada tekanan darah, frekuensi nadi, dan saturasi oksigen, sehingga menuntut pemantauan hemodinamik secara kontinu dan cermat (Cahyani et al., 2025). Selain itu, kehilangan darah intraoperatif dalam jumlah besar telah terbukti berhubungan signifikan dengan terjadinya hipotermia pasca anestesi umum (Mutia et al., 2025).

Risiko intra-anestesi juga sangat dipengaruhi oleh jenis teknik anestesi yang digunakan. Pada tindakan *sectio caesarea*, anestesi spinal diketahui memiliki risiko hipotensi yang lebih tinggi dibandingkan anestesi umum. Hal ini disebabkan oleh terjadinya blokade simpatis yang menimbulkan vasodilatasi sistemik dan penurunan tekanan darah secara cepat. (Annisa et al., 2025). Hipotensi yang terjadi selama anestesi spinal ini tidak hanya berdampak pada stabilitas ibu, tetapi juga berkontribusi terhadap meningkatnya kejadian mual dan muntah intraoperatif (*intraoperative nausea and vomiting/IONV*), yang dapat memperburuk kenyamanan pasien dan meningkatkan risiko aspirasi. (Nashya et al., 2025).

Untuk mengurangi risiko komplikasi tersebut, berbagai strategi klinis dikembangkan guna meningkatkan

keselamatan pasien selama intra-anestesi. Salah satu pilar utama adalah penerapan monitoring dan teknologi yang adekuat. Panduan praktik terkini menekankan pentingnya pemantauan multiparameter, seperti tekanan darah, denyut nadi, saturasi oksigen, dan pada kondisi tertentu pemantauan fungsi otak, untuk mendeteksi secara dini tanda-tanda instabilitas intraoperative (Fu et al., 2025). Tinjauan sistematis mengenai komplikasi anestesi juga menegaskan bahwa pemantauan intensif dan respons cepat terhadap tanda awal hipoksemia, bronkospasme, maupun hipotermia merupakan kunci utama dalam mencegah terjadinya komplikasi yang lebih berat (Radkowski et al., 2025).

Tabel 2. Komponen Inti Keselamatan Intra-Anestesi

| Komponen | Tujuan Utama | Contoh Implementasi | Sumber |
|--------------------------------------|---|--|--|
| Monitoring standar + lanjutan | Deteksi dini instabilitas & awareness | SpO ₂ , NIBP, ETCO ₂ , depth/EEG, monitoring hemodinamik | Feng et al., 2025; Fu et al., 2025; Gelb et al., 2018; M. Scott, 2023 |
| Checklist & briefing | Mengurangi error & komplikasi | WHO Surgical Safety Checklist, checklist intraoperatif jantung | Arnal-Velasco & Paz-Martin, 2022; Gelb et al., 2018; O'Callaghan et al., 2025; Schroeck et al., 2019 |
| Manajemen obat aman | Mengurangi medication error | Label standar, double-check, protokol obat | (Olin et al., 2022; Thakrar et al., 2024) |
| Tim & faktor manusia | Optimalisasi komunikasi & pengambilan keputusan | Non-Technical Skills (NTS), budaya eskalasi, protokol eskalasi | Chen et al., 2025; De Hert, 2021; Olin et al., 2022; Thakrar et al., 2024 |

Selain monitoring, manajemen hemodinamik dan pengendalian suhu tubuh merupakan aspek krusial dalam keselamatan intra-anestesi. Pada pasien dengan penyakit kardiovaskular, panduan ACC/AHA menekankan pentingnya pengendalian ketat hemodinamika untuk mencegah iskemia miokard, aritmia, dan instabilitas

kardiovaskular selama pembedahan. Upaya ini mencakup pengelolaan perdarahan intraoperatif secara efektif, resusitasi cairan yang adekuat, serta pencegahan hipotermia melalui penggunaan penghangat cairan dan selimut pemanas (Okolo et al., 2025). Pendekatan komprehensif ini terbukti berperan penting dalam menjaga stabilitas fisiologis pasien dan menurunkan risiko komplikasi pascaoperasi (Cahyani et al., 2025; Mutia et al., 2025).

Selain itu, berbagai intervensi dan alat keselamatan telah dikembangkan untuk memperkuat praktik intra-anestesi yang aman. Alat berbasis proses, seperti briefing praoperatif, checklist intraoperatif, dan instrumen handover, terbukti mampu menurunkan angka mortalitas, memperpendek lama rawat inap, mengurangi perdarahan dan kebutuhan transfusi, serta meningkatkan kerja tim antarprofesi (Arnal-velasco & Paz-martín, 2022; O'Callaghan et al., 2025; Schroeck et al., 2019). Pada sisi lain, aspek keamanan obat dan teknologi juga menjadi perhatian utama. Rekomendasi kuat menekankan penerapan protokol keamanan obat di kamar operasi, termasuk pelabelan standar, pemeriksaan ganda (*double-check*), pengaturan meja obat yang sistematis, dan pemanfaatan teknologi pendukung, mengingat lebih dari 5% pemberian obat intraoperatif dilaporkan mengandung kesalahan, dan sebagian besar kesalahan tersebut sebenarnya dapat dicegah (Wahr et al., 2017). Selain itu, penggunaan pemantauan lanjutan seperti EEG terproses, pemantauan multiparameter, kedalaman anestesi, dan hemodinamik berperan penting dalam deteksi dini instabilitas fisiologis dan telah dikaitkan dengan penurunan kejadian delirium serta komplikasi pascaoperasi lainnya (Feng et al., 2025; Fu et al., 2025; M. Scott, 2023).

4. *Patient Safety* pada Tahap Pasca-Anestesi

Keselamatan pasien pada fase pasca-anestesi atau di ruang pulih sadar (*Post-Anesthesia Care Unit/PACU*) merupakan salah satu aspek paling kritis dalam rangkaian pelayanan perioperative (Klein et al., 2019). Meskipun

tindakan pembedahan telah selesai, risiko terjadinya komplikasi serius justru masih tinggi pada fase ini. Banyak kejadian tidak diinginkan pascaoperasi, termasuk gangguan pernapasan dan sirkulasi, muncul dalam beberapa jam pertama setelah pasien keluar dari kamar operasi. Oleh karena itu, fase pasca-anestesi menuntut pemantauan yang ketat, sistematis, dan berbasis standar keselamatan pasien (Devi et al., 2025).

Fokus utama keselamatan pasien di PACU meliputi deteksi dini gangguan respirasi dan hemodinamik, penilaian kesiapan pasien untuk dipindahkan ke ruang rawat atau dipulangkan, pelaksanaan *handover* yang aman dan terstruktur antar tenaga kesehatan, serta dukungan sumber daya manusia yang memadai baik dari sisi jumlah maupun kompetensi. Kegagalan dalam salah satu aspek tersebut dapat meningkatkan risiko komplikasi serius yang berpotensi mengancam jiwa pasien (Hasan et al., 2022; Yan et al., 2025).

Berbagai penelitian menunjukkan bahwa komplikasi yang paling sering terjadi di PACU adalah gangguan sistem pernapasan. Hipoksemia menjadi komplikasi yang paling umum, yang dapat disebabkan oleh residu obat anestesi, obstruksi jalan napas, atau depresi pusat pernapasan. Selain itu, obstruksi jalan napas atas dan depresi napas juga sering ditemukan, terutama pada pasien dengan kondisi tertentu seperti obesitas atau riwayat penyakit paru. Komplikasi lain yang juga sering muncul adalah hipotermia, instabilitas hemodinamik (seperti hipotensi atau hipertensi), nyeri pascaoperasi yang berat, mual dan muntah pasca-anestesi (*postoperative nausea and vomiting/PONV*), serta agitasi atau delirium pascaoperasi (Hasan et al., 2022; Ullah et al., 2025).

Terjadinya komplikasi tersebut tidak terlepas dari berbagai faktor risiko. Pasien dengan status fisik yang buruk, yang ditunjukkan oleh skor *American Society of Anesthesiologists* (ASA) yang tinggi, memiliki risiko komplikasi yang lebih besar. Selain itu, obesitas, riwayat

merokok, serta adanya penyakit penyerta seperti gangguan paru dan jantung juga meningkatkan kemungkinan terjadinya masalah respirasi dan hemodinamik di PACU. Faktor lain yang berkontribusi adalah lama tindakan anestesi dan jenis operasi, di mana operasi besar atau operasi dengan durasi panjang cenderung meningkatkan risiko komplikasi pasca-anestesi (Hasan et al., 2022; Ullah et al., 2025; Yan et al., 2025).

Pada populasi anak, profil komplikasi pasca-anestesi menunjukkan karakteristik yang sedikit berbeda dibandingkan pasien dewasa. Penelitian menunjukkan bahwa komplikasi respirasi, seperti laringospasme atau desaturasi oksigen, serta masalah nyeri pascaoperasi, lebih sering terjadi pada pasien anak. Hal ini berkaitan dengan perbedaan anatomi dan fisiologi saluran napas, serta keterbatasan anak dalam mengungkapkan keluhan nyeri secara verbal (Korell & Fideler, 2025; Yan et al., 2025). Kondisi ini menegaskan pentingnya pendekatan khusus dan kewaspadaan yang lebih tinggi pada pasien pediatrik di PACU.

Salah satu penerapan keselamatan pasien pada tahap pasca-anestesi yaitu sistem skoring. Untuk memastikan bahwa pasien berada dalam kondisi stabil sebelum dipindahkan dari PACU, berbagai sistem skoring telah dikembangkan dan digunakan secara luas. Beberapa sistem skoring yang umum digunakan antara lain *Modified Aldrete Score*, *White Score*, dan *Sampe Score*. Sistem ini menilai berbagai parameter klinis penting, seperti tingkat kesadaran, kualitas ventilasi dan pernapasan, stabilitas tekanan darah dan denyut jantung, saturasi oksigen, tingkat nyeri, kejadian mual dan muntah, serta adanya perdarahan pascaoperasi. Hasil penilaian skoring ini menjadi dasar objektif dalam pengambilan keputusan apakah pasien sudah aman untuk dipindahkan ke ruang perawatan lanjutan atau dipulangkan (Davidson & Litchfield, 2021; Deshmukh & Chakole, 2024; Saei et al., 2024).

Tinjauan literatur menekankan bahwa sistem skoring yang efektif tidak boleh hanya berfokus pada kesadaran pasien, tetapi harus mencakup aspek ventilasi, stabilitas hemodinamik, kontrol nyeri, PONV, dan perdarahan. Penilaian yang komprehensif ini sangat penting untuk mencegah terjadinya komplikasi serius yang dapat muncul setelah pasien meninggalkan PACU, seperti gangguan napas mendadak atau perdarahan pascaoperasi yang terlambat terdeteksi (Deshmukh & Chakole, 2024; Saei et al., 2024).

Penerapan protokol dan *checklist* perawatan di PACU juga terbukti meningkatkan keselamatan pasien secara signifikan. *Checklist* dan protokol, seperti konsep “lima langkah pemulihan aman”, membantu tenaga kesehatan melakukan pemantauan secara sistematis dan konsisten terhadap kondisi pasien. Penggunaan pendekatan terstruktur ini tidak hanya meningkatkan kualitas asuhan, tetapi juga memperbaiki persepsi keselamatan baik dari sisi tenaga kesehatan maupun pasien (Fu et al., 2025; Klein et al., 2019; Korell & Fideler, 2025; Popov et al., 2024).

Selain itu, proses *handover* atau serah terima pasien dari tim anestesi ke perawat PACU merupakan momen krusial dalam menjaga keselamatan pasien. *Handover* yang dilakukan secara terstruktur, menggunakan formulir standar, bersifat dua arah, dan dilakukan tanpa gangguan terbukti dapat mengurangi kehilangan informasi penting. Praktik *handover* yang baik berhubungan dengan penurunan kejadian hipoksemia, nyeri yang tidak terkontrol, mual-muntah, serta kesalahan dalam pelaksanaan tugas keperawatan (Martins et al., 2024; Njambi et al., 2020).

Faktor sumber daya manusia juga memegang peranan penting dalam keselamatan pasien pasca-anestesi. Kekurangan tenaga perawat yang terlatih dan rasio perawat terhadap pasien yang terlalu tinggi, khususnya rasio lebih dari 1:2, dikaitkan dengan penurunan mutu dan keamanan pelayanan di PACU. Kondisi ini dapat menyebabkan keterlambatan deteksi komplikasi dan meningkatnya risiko

kejadian tidak diinginkan (Chekol et al., 2021; Korell & Fideler, 2025).

Tabel 3. Komponen Inti Keselamatan Pasca-Anestesi

| Aspek kunci | Contoh alat/rekomendasi | Dampak pada keselamatan | Sitasi |
|---|---|--|--|
| Skor fisiologis (kesadaran, ventilasi, TD, SpO ₂) | Modified Aldrete, White | Mengurangi pemindahan pasien secara prematur dari PACU | Davidson & Litchfield, 2021; Deshmukh & Chakole, 2024; Saei et al., 2024 |
| Nyeri, PONV | Penambahan penilaian pada skor atau observasi rutin | Meningkatkan kenyamanan pasien dan mencegah readmisi ke PACU | Fu et al., 2025; Korell & Fideler, 2025; Saei et al., 2024; Ullah et al., 2025 |
| Handover terstruktur | Checklist dan protokol transfer pasien | Mengurangi kesalahan klinis serta kejadian hipoksemia dan nyeri pascaoperasi | Martins et al., 2024; Njambi et al., 2020 |

Secara keseluruhan, keselamatan pasien pada fase pasca-anestesi sangat bergantung pada kemampuan tenaga kesehatan dalam mengenali komplikasi secara dini, penggunaan sistem skoring objektif untuk menilai kesiapan pemulangan, pelaksanaan handover yang terstandar dan efektif, serta ketersediaan staf yang terlatih dengan rasio yang memadai. Berbagai bukti menunjukkan bahwa penerapan checklist, protokol PACU, dan komunikasi tim yang baik secara signifikan dapat menurunkan kejadian gangguan respirasi, nyeri yang tidak terkontrol, serta efek samping pasca-anestesi lainnya. Dengan demikian, upaya tersebut tidak hanya meningkatkan keselamatan dan kualitas pemulihan pasien, tetapi juga berkontribusi pada efisiensi layanan kesehatan secara keseluruhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Al-Husinat, L., Azzam, S., Sharie, S. Al, Al Hseinat, L., Araydah, M., Al Modanat, Z., Balawi, A. R., Haroun, A., Alsharei, A., Gharaibeh, S., Alzoubi, A., De Rosa, S., & Battaglini, D. (2024). Impact of the American Society of Anesthesiologists (ASA) classification on hip fracture surgery outcomes: insights from a retrospective analysis. *BMC Anesthesiology*, 24(1), 271. <https://doi.org/10.1186/s12871-024-02660-0>
- Alboim, C., Kliemann, R. B., Soares, L. E., Ferreira, M. M., Polanczyk, C. A., & Biolo, A. (2016). The impact of preoperative evaluation on perioperative events in patients undergoing cataract surgery: a cohort study. *Eye (London, England)*, 30(12), 1614-1622. <https://doi.org/10.1038/eye.2016.203>
- Annisa, F., Zahra, A., Novitasari, D., & Bangsa, U. H. (2025). Hubungan Antara Teknik Anestesi pada Pasien Sectio Caesarea dengan Kejadian Hipotensi Pasca Anestesi di RSUD dr . Soedirman Kebumen. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kedokteran*, September.
- Arnal-velasco, D., & Paz-martín, D. (2022). Extension of patient safety initiatives to perioperative care. *Technology, Education and Safety*, 717-722. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000001195>
- Arnal-Velasco, D., & Paz-Martín, D. (2022). Extension of patient safety initiatives to perioperative care. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 35, 717-722. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000001195>
- Bajwa, S., & Mehdiratta, L. (2020). Preparedness for emergencies and complications: Proactive planning and multidisciplinary approaches. *Indian Journal of Anaesthesia*, 64, 366-368. https://doi.org/10.4103/ija.ija_434_20
- Biro, J., Rucks, M., Neyens, D. M., Coppola, S., Abernathy III, J. H., & Catchpole, K. R. (2022). Medication errors, critical incidents, adverse drug events, and more: a review examining patient safety-related terminology in

- anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 128(3), 535–545.
<https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.11.038>
- Biswas, T., & Sengupta, J. (2024). Clinical Audit on the practice of Documentation during Preanesthetic evaluation. *International Journal For Multidisciplinary Research*.
<https://doi.org/10.36948/ijfmr.2024.v06i06.30039>
- Cahyani, R. L., Handayani, R. N., Hanum, F., & Adriyani, N. (2025). Gambaran Hemodinamik Pasien pada Pembedahan Laparaskopi dan Laparatomi dengan General Anestesi di RSUD Kardinah Tegal. *Jurnal Ilmu Kedokteran Dan Kesehatan Indonesia*, 5(November), 510–520.
- Chekol, B., Eshetie, D., & Temesgen, N. (2021). Assessment of Staffing and Service Provision in the Post-Anesthesia Care Unit of Hospitals Found in Amhara Regional State, 2020. *Drug, Healthcare and Patient Safety*, 13, 125–131.
<https://doi.org/10.2147/DHPS.S302303>
- Chen, Q., Peng, S., Luo, W., Li, S., & Zhang, Z. (2025). Preventive strategies for reducing intraoperative awareness due to errors in anesthetic drug delivery systems: a narrative review. *Frontiers in Pharmacology*, 16.
<https://doi.org/10.3389/fphar.2025.1566185>
- Davidson, M., & Litchfield, K. (2021). Patient Recovery and the Post-Anaesthesia Care Unit. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2021.07.013>
- De Hert, S. (2021). Human factors affecting intraoperative patient safety. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 34, 735–743.
<https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000001059>
- Deshmukh, P., & Chakole, V. (2024). Post-Anesthesia Recovery: A Comprehensive Review of Sampe, Modified Aldrete, and White Scoring Systems. *Cureus*, 16.
<https://doi.org/10.7759/cureus.70935>
- Devi, K., Gunasekaran, J., P, D., & N, S. (2025). A Comparison of Incidence and Factors Associated with Postanesthesia Care Unit Complication in Adult and Paediatric Patients. *Journal of Neonatal Surgery*.
<https://doi.org/10.52783/jns.v14.3330>

- Eichhorn, J. H. (2013). Review article: Practical current issues in perioperative patient safety. *Canadian Journal of Anesthesia/Journal Canadien d'anesthésie*, 60(2), 111-118. <https://doi.org/10.1007/s12630-012-9852-z>
- Enright, A., & Merry, A. F. (2022). Anesthesia Patient Safety: Still a Long Way to Go. *Anesthesia & Analgesia*, 135(1). https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/fulltext/2022/07000/anesthesia_patient_safety__still_a_long_way_to_go.2.aspx
- Feng, Q., Tham, K., & Tan, C. (2025). Safety of general anesthesia in patients with unruptured intracranial aneurysms undergoing non-aneurysm-related surgery: A systematic review. *Journal of Clinical Neuroscience*, 142, 111646. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2025.111646>
- Fu, G., Xu, L., Chen, H., & Lin, J. (2025). State-of-the-art anesthesia practices : a comprehensive review on optimizing patient safety and recovery. *BMC Surgery*, 25(32).
- Giovannitti Jr., J. (2020). *Preanesthetic Evaluation for Periodontal Sedation*. 15-34. https://doi.org/10.1007/978-3-030-35750-4_3
- Gupta, A., & Garkoti, R. (2020). Practical tips on making regional anesthesia safer. *The Indian Anaesthetists Forum*, 21, 85-91. https://doi.org/10.4103/theiaforum.theiaforum_97_20
- Harfaoui, W., Alilou, M., Adib, A. El, Lekehal, M., Bounsir, A., Belyamani, L., & Obtel, M. (2025). Anesthesiology Safety in Morocco: A Synthesis of Three Studies Towards Integrated Multidisciplinary Collaboration. *Cureus*, 17. <https://doi.org/10.7759/cureus.89508>
- Harfaoui, W., Alilou, M., El Adib, A. R., Zidouh, S., Zentar, A., Lekehal, B., Belyamani, L., & Obtel, M. (2024). Patient Safety in Anesthesiology: Progress, Challenges, and Prospects. *Cureus*, 16(9), e69540. <https://doi.org/10.7759/cureus.69540>
- Hasan, K., Hassan, M., Saha, D., Saha, P., Khan, A., Jahan, R., Saha, S., Alam, M., & Saha, N. (2022). Evaluation of Risk Factors in the Post-Anesthesia Care Unit of a Tertiary Care

- Hospital. *Global Academic Journal of Medical Sciences*.
<https://doi.org/10.36348/gajms.2022.v04i06.011>
- Hsu, T.-J., Chen, J.-Y., Wu, Y.-L., Lo, Y.-H., & Hsu, C.-J. (2024). Intraoperative Hemodynamic Instability and Higher ASA Classification Increase the Risk of Developing Non-Surgical Complications following Orthopedic Surgeries. In *Journal of Clinical Medicine* (Vol. 13, Issue 6, p. 1689).
<https://doi.org/10.3390/jcm13061689>
- ICAPS. (2024). *Program Overview: International Conference on Anesthesia Patient Safety (ICAPS 2024)*. Japanese Society of Anesthesiologists.
<https://anesth.or.jp/icaps2024/en/program.html>
- Jindal, P., Patil, V., Pradhan, R., Mahajan, H. C., Rani, A., & Pabba, U. G. (2023). Update on preoperative evaluation and optimisation. *Indian Journal of Anaesthesia*, 67(1), 39–47.
https://doi.org/10.4103/ija.ija_1041_22
- Kamlesh, K., & Prajapati, H. (2025). Optimizing preoperative assessment and preparation for safe pediatric anaesthesia. *International Journal of Anesthesiology Sciences*.
<https://doi.org/10.33545/26649268.2025.v7.i1a.26>
- Kanjia, M. K., Kurth, C. D., Hyman, D., Williams, E., & Varughese, A. (2024). Perspectives on Anesthesia and Perioperative Patient Safety: Past, Present, and Future. *Anesthesiology*, 141(5).
https://journals.lww.com/anesthesiology/fulltext/2024/11000/perspectives_on_anesthesia_and_perioperative.12.aspx
- Klein, S., Aguiar, D., Moser, G., Hanauer, M., & De Oliveira, S. (2019). Patient Safety in the Context of Post-Statistical Recovery: A Convergent Assistance Study. *Nursing Journal*.
- Korell, L., & Fideler, F. (2025). Improving Postoperative Pediatric Recovery by Efficient Recovery Room Care—A Comprehensive Review. *Children*, 12.
<https://doi.org/10.3390/children12050568>
- Kristoffersen, E. W., Opsal, A., Tveit, T., Berg, R., & Fossum, M.

- (2022). Effectiveness of pre-anaesthetic assessment clinic: a systematic review of randomised and non-randomised prospective controlled studies. *BMJ Open*, 12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054206>
- Lamperti, M., Romero, C., Guarracino, F., Cammarota, G., Vetrugno, L., Tufegdžic, B., Lozsan, F., Frias, J. J. M., Duma, A., Bock, M., Ruetzler, K., Mulero, S., Reuter, D., La Via, L., Rauch, S., Sorbello, M., & Afshari, A. (2024). Preoperative assessment of adults undergoing elective noncardiac surgery. *European Journal of Anaesthesiology*, 42, 1–35. <https://doi.org/10.1097/eja.0000000000002069>
- Li, G., Walco, J. P., Mueller, D. A., Wanderer, J. P., & Freundlich, R. E. (2021). Reliability of the ASA Physical Status Classification System in Predicting Surgical Morbidity: a Retrospective Analysis. *Journal of Medical Systems*, 45(9), 83. <https://doi.org/10.1007/s10916-021-01758-z>
- Looke, T. D., Sonesh, S. C., Hughes, A. M., Gregory, M. E., Pepe, J., Hammer, N. C., & Salas, E. (2024). Human Factors in Healthcare The pre-anesthesia induction patient safety (PIPS) checklist: Testing dynamic versus static implementation strategies. *Human Factors in Healthcare*, 5(December 2023), 100060. <https://doi.org/10.1016/j.hfh.2023.100060>
- Mamaril, M. (2022). Development of an Evidence-Based Pediatric Preoperative Risk Assessment Checklist. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.12.004>
- Maroufi, S. S., Zilan, B. S., Moradimajd, P., & Abolghasemi, J. (2024). The Importance of Pre-Anesthetic Evaluation in Patient Safety: A Systematic Review. *Archives of Anesthesiology and Critical Care*, 10(Autumn), 622–630.
- Martinez-Nicolas, I., Arnal-Velasco, D., Romero-García, E., Fabregas, N., Sanduende Otero, Y., Leon, I., Bartakke, A. A., Silva-Garcia, J., Rodriguez, A., Valli, C., Zamarian, S., Zaludek, A., Meneses-Echavez, J., Loaiza-Betancur, A. F.,

- Sousa, P., Orrego, C., & Soria-Aledo, V. (2024). Perioperative patient safety recommendations: systematic review of clinical practice guidelines. *BJS Open*, 8(6). <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrae143>
- Martins, F., De Lima, L., Trevilato, D., Hemesath, M., & De Magalhães, A. (2024). Protocols for Postanesthesia Care Unit Handoff and Patient Safety: A Scoping Review. *Journal of Advanced Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jan.16673>
- Merry, A. F., Cooper, F. J. B., Soyannwo, O., & Wilson, M. I. H. (2010). International Standards for a Safe Practice of Anesthesia 2010. *Can J Anesth/J Can Anesth*, 57, 1027-1034. <https://doi.org/10.1007/s12630-010-9381-6>
- Methangkool, E., Cole, D. J., & Cannesson, M. (2020). Progress in Patient Safety in Anesthesia. *JAMA*, 324(24), 2485-2486. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.23205>
- Mumtaz, A., Zahid, R., Sherazi, R., Aslam, N., Shakoor, K., Waris, W. Bin, Sohail, Z., Butt, M. Z. Z., Ahmad, M. B., & Ansar, F. (2025). Improving Preoperative Care in Pakistan: An Evaluation of Pre-anesthetic Record Completeness and Documentation Practices. *Cureus*, 17. <https://doi.org/10.7759/cureus.79761>
- Murthy, N. M., Yoo, T. T., Sanchez, A., Chhitu, M., Abramov, D., Gatling, J., Mamas, M. A., & Parwani, P. (2025). Preoperative Diagnostic Assessment of Patients with Cardiovascular Risk Factors Undergoing Noncardiac Surgery: A 2025 Update. *Methodist DeBakey Cardiovascular Journal*, 21(4), 87-100. <https://doi.org/10.14797/mdcvj.1629>
- Mutia, D. S., Rohmah, A. N., Handayani, N., & Kesehatan, F. I. (2025). Hubungan Jumlah Perdarahan Intra Operasi dengan Kejadian Hipotermi pada Pasien Anestesi Umum di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *The Journal General Health and Pharmaceutical Sciences Research*.
- Radkowski, P., Oniszczyk, H., Opolska, J., Pawluczuk, M., Samiec, M., & Mieszkowski, M. (2025). A Review of Non-Cardiac

- Complications of General Anesthesia: The Current State of Knowledge. *Medical Science Monitor : International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 31, e947561. <https://doi.org/10.12659/MSM.947561>
- Rahmah, M. A. A., Etewa, B. B. E., Al, F., Ahmad, H., Hamid, A., & Bilbeisi, E. (2025). Assessment of preoperative and intraoperative patient safety measures in government hospitals in the Gaza Strip: The nurses ' perspective. *SAGE Open Medicine*, 13, 1-13. <https://doi.org/10.1177/20503121251393340>
- Thakrar, S., Kim, C., Suarez-Winowiski, O., Navarrete, S., Potter, K., Prasanna, P., Graham, J., Diallo, M., Lahaye, L., & Coombs, A. (2024). A Process-Based Standardization of an Intraoperative Escalation Protocol in Anesthesiology. *Anesthesia & Analgesia*, 139, 851-856. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000006782>
- Ullah, L., Ullah, S., Karim, F., Shehzad, S., & Rehman, T. (2025). Incidence and Management of Adverse Respiratory Events in the Post-Anesthesia Care Unit: A Cross-Sectional Study. *Journal of Medical & Health Sciences Review*. <https://doi.org/10.62019/mdnhhe85>
- Wacker, J., & Staender, S. (2014). The role of the anesthesiologist in perioperative patient safety. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 27(6), 649-656. <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000124>
- Wahr, J., Abernathy, J., Lazarra, E., Keebler, J., Wall, M., Lynch, I., Wolfe, R., & Cooper, R. (2017). Medication safety in the operating room: literature and expert-based recommendations. *British Journal of Anaesthesia*, 118, 32-43. <https://doi.org/10.1093/bja/aew379>
- Warner, M. A., Arnal, D., Cole, D. J., Hammoud, R., Haylock-loor, C., Acad, P. I., & Joshi, M. (2022). Anesthesia Patient Safety: Next Steps to Improve Worldwide Perioperative Safety by 2030. *Anesth Analg.*, 1(135), 6-19. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000006028>
- Warner, M. A., Arnal, D., Cole, D. J., Hammoud, R., Haylock-Loor,

- C., Ibarra, P., Joshi, M., Khan, F. A., Lebedinskii, K. M., Mellin-Olsen, J., Miyasaka, K., Morriss, W. W., Onajin-Obembe, B., Toukoune, R., & Yazbeck, P. (2022). Anesthesia Patient Safety: Next Steps to Improve Worldwide Perioperative Safety by 2030. *Anesthesia & Analgesia*, 135(1). https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/fulltext/2022/07000/anesthesia_patient_safety__next_steps_to_improve.3.aspx
- Yan, G., Zhao, W., Li, Z., Li, Y., & Wang, L. (2025). Interpretable multi-label classification model for predicting post anesthesia care unit complications: a prospective cohort study. *BMC Anesthesiology*, 25. <https://doi.org/10.1186/s12871-025-03145-4>
- Zahid, M. A., Jauhar, S., Ali, P., Khan, M. R., Rehman, M. A., & Hasan, M. F. (2025). Quality of pre-anesthesia assessment: a clinical audit in a tertiary care hospital in Pakistan. *Anaesthesia, Pain & Intensive Care*. <https://doi.org/10.35975/apic.v29i5.2849>

BIODATA PENULIS



Fania Putri Alya, S.Kep., Ners., M.Kep lahir di Bandung, 12 Desember 1999. Menyelesaikan Pendidikan S1 dan Profesi Ners di Universitas Bhakti Kencana Bandung dan S2 di Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran. Saat ini, penulis berprofesi sebagai Dosen di Prodi Sarjana Terapan Keperawatan Anestesiologi (D4 Anestesiologi) Universitas Bhakti Kencana Bandung.

BAB 14

Indikator Mutu dan Evaluasi Keselamatan Pasien

Vera T Harikedua, SST, MPH

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

CPMK 1 : Mahasiswa mampu menjelaskan konsep Indikator Mutu dan Evaluasi Keselamatan Pasien.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Sub-CPMK : Mahasiswa mampu:

- 1
 1. Menjelaskan konsep tentang mutu pelayanan Kesehatan.
 2. Menjelaskan konsep tentang indikator mutu pelayanan dalam keselamatan pasien.
 3. Menyebutkan indikator mutu dalam keselamatan pasien.
 4. Menjelaskan konsep keselamatan pasien.
 5. Menyebutkan tujuan keselamatan pasien.
 6. Menjelaskan Langkah Langkah evaluasi keselamatan pasien.

A. Pendahuluan

Rumah sakit merupakan salah satu tempat penyedia pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat guna meningkatkan kualitas masyarakat. Rumah sakit diwajibkan untuk memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar yang ditetapkan pemerintah dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Dalam memberikan pelayanan yang prima, keselamatan pasien adalah bagian terpenting untuk kualitas suatu rumah sakit. Keselamatan pasien merupakan bagian dari keselamatan

rumah sakit (*hospital safety*), yang di dalamnya termasuk keselamatan peralatan medis dan bangunan rumah sakit (*equipment and building safety*) dan keselamatan perseorangan dalam rumah sakit (*personal safety*). Keselamatan pasien merupakan kunci penting bagi setiap fasilitas kesehatan sehingga menjadi prioritas utama dari para pembuat kebijakan dalam dunia kesehatan, termasuk penyedia jasa pelayanan dan jajaran manajernya (Intening, VR., et al 2024).

Keselamatan pasien adalah upaya untuk menurunkan cedera yang tidak perlu yang berhubungan dengan pelayanan Kesehatan hingga ke tingkat minimum yang dapat diterima yang merujuk pada pengetahuan yang dimiliki pada saat ini, sumber daya yang tersedia dan konteks dimana pelayanan diberikan, dengan membandingkan terhadap risiko jika tidak melakukan tindakan atau jika dilakukan tindakan lain (Ratanto, et al, 2023).

B. Indikator Mutu dan Evaluasi Keselamatan Pasien

1. Indikator Mutu Keselamatan Pasien.

a. Konsep Indikator Mutu Keselamatan Pasien.

Mutu merupakan gabungan dari berbagai sifat dan karakteristik produk atau jasa yang berguna untuk melengkapi kebutuhan pemakainya (Bustami, 2017). Mutu bersifat multi dimensi dan mempunyai banyak sisi, oleh sebab itu dalam pemaknaannya membedakan mutu berdasarkan pemikiran yang bersifat individualis, absolutis dan sosialis (Mukti, 2016).

Mutu juga dapat didefinisikan sebagai gambaran ciri ciri langsung dari sebuah produk. Kualitas dapat diketahui dari bentuk, penampilan, ataupun segi fungsi dan estesisnya (Nursalam, 2017). Pelayanan kesehatan adalah jasa yang disediakan oleh organisasi penyedia layanan kesehatan, salah satunya seperti pelayanan keperawatan (Vanchapo & Magfiroh, 2022). Pelayanan kesehatan merupakan peningkatan status kesehatan melalui usaha-usaha preventif, terapi,

diagnosis, rehabilitasi atau penyembuhan penyakit serta gangguan fisik dan mental.

Mutu pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh standar perawatan medis. Bentuk, tampilan, kinerja, serta estetika dan tujuan dari suatu layanan, semuanya dapat digunakan untuk mengevaluasi kualitas suatu layanan kesehatan tertentu (Agustina, *et al* 2023).

Indikator mutu pelayanan dalam keselamatan pasien merupakan ukuran atau parameter yang digunakan untuk mengevaluasi sejauh mana suatu sistem pelayanan kesehatan dapat menyediakan perawatan yang aman dan efektif bagi pasien. Keselamatan pasien menjadi aspek penting dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Yusfik & Achirman, 2022). Indikator mutu keselamatan pasien menurut program Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) adalah berbagai pengukuran untuk memastikan keamanan pasien, meliputi kejadian infeksi, pasien jatuh, risiko cedera akibat jatuh, kesalahan medikasi, risiko operasi yang salah, risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan, serta pelaporan insiden keselamatan pasien (KNC/KPC), dengan tujuan utama mengurangi risiko dan meningkatkan kualitas layanan klinis secara berkelanjutan melalui data dan analisis, seringkali merujuk pada standar akreditasi seperti SNARS.

b. Indikator Mutu Pelayanan Dalam Keselamatan Pasien.

Indikator mutu pelayanan dalam keselamatan pasien menurut Yusfik & Achirman (2022) adalah:

- 1) Budaya keselamatan pasien
 - a) Pelatihan dan Pendidikan; Adanya pelaksanaan pelatihan dan pendidikan untuk peningkatan SDM secara berkesinambungan.

- b) Lingkungan Kerja; Adanya lingkungan kerja yang saling mendukung dan menghormati satu sama lain. Tersedianya rapat koordinasi multi disiplin secara rutin yang membahas kasus ataupun insiden yang terjadi. Selain itu fasilitas pelayanan kesehatan juga harus memiliki sistem dan program untuk memperbaiki keselamatan pasien.
 - c) Kepemimpinan; Pimpinan fasilitas melakukan rapat koordinasi secara berkala untuk menilai perkembangan program keselamatan pasien.
 - d) Komunikasi; Tim tenaga medis harus melakukan sosialisasi tentang program keselamatan pasien. Berdasarkan hasil sosialisasi dan analisis terkait adanya insiden, maka harus diberikan *feedback* tentang perubahan yang perlu dilaksanakan.
 - e) Frekuensi Pelaporan; Semua insiden ataupun KTD wajib dilaporkan, dicatat, dan dianalisis.
 - f) Kerja Tim; Unit-unit di fasilitas pelayanan kesehatan harus bekerja sama dengan baik untuk memberikan pelayanan kesehatan terbaik untuk pasien.
- 2) Sasaran Keselamatan Pasien Internasional
- a) Identifikasi Pasien
Kesalahan identifikasi pasien dapat menyebabkan pemberian perawatan yang salah kepada pasien yang tidak tepat. Oleh sebab itu dibutuhkan kebijakan dan prosedur yang mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

- b) Meningkatkan Komunikasi Efektif
Adanya prosedur yang mengarahkan pelaksanaan komunikasi lisan atau melalui telpon secara konsisten. Selain itu dibutuhkannya evaluasi kualitas komunikasi antar anggota tim kesehatan untuk mencegah kesalahan informasi dan koordinasi yang buruk.
- c) Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai.
Adanya kebijakan yang dikembangkan untuk memuat proses identifikasi, penetapan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat, serta memiliki prosedur pemberian obat yang benar. Berikut 7 prinsip pemberian obat yang benar (Aprilia, Rachmah, & Yullyzar, 2022) : 1) Benar Pasien 2) Benar Dosis 3) Benar Obat 4) Benar Waktu 5) Benar Cara Pemberian, 6) Benar Informasi 7) Benar Dokumentasi
- d) Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien, serta Tepat Operasi/Tindakan
Adanya kebijakan dan prosedur yang dirancang untuk mendukung keseragaman proses guna memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien serta operasi/tindakan.
- e) Pengurangan Resiko
Pengurangan Resiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan Penerapan program hand hygiene yang efektif serta mengadaptasi pedoman hand hygiene terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (WHO Patient Safety). Selain itu pencegahan infeksi nosokomial dapat dengan cara mengadopsi praktik kebersihan yang ketat,

penggunaan perlengkapan pelindung diri, dan protokol isolasi untuk mencegah penularan infeksi di lingkungan perawatan kesehatan.

f) Mengurangi Resiko Pasien Cedera Akibat Jatuh.

Penerapan proses pengkajian awal resiko pasien jatuh dan melakukan pengkajian ulang bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pelayanan pengobatan. Mengidentifikasi pasien yang berisiko tinggi jatuh dan mengimplementasikan langkahlangkah pencegahan, seperti pengawasan ekstra dan penempatan alas tidur yang aman.

2. Evaluasi Keselamatan Pasien

a. Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien (KP) merupakan aspek yang tidak dapat diabaikan dalam pelayanan kesehatan modern. Upaya menjaga keselamatan pasien menjadi fokus utama bagi institusi kesehatan di seluruh dunia. Meskipun telah ada kemajuan signifikan dalam teknologi medis dan peningkatan dalam praktik klinis, namun risiko terhadap keselamatan pasien tetap menjadi tantangan yang harus diatasi secara berkelanjutan (Lipperera et al., 2021).

Keselamatan pasien adalah pasien bebas dari harm/cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari harm yang potensial akan terjadi (penyakit cedera fisik/sosial/psikologis, cacat, kematian, dll) terkait pelayanan yang lebih aman. Termasuk di dalamnya asesmen risiko, identifikasi dan manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya risiko (Nurprilinda, M, et al 2024).

Keselamatan pasien (*patient safety*) didefinisikan sebagai upaya maksimal yang dilakukan rumah sakit untuk memberikan pelayanan melalui penerapan metode dan regulasi yang legal dan terstandar untuk meminimalisir kesalahan medis dalam memberikan pelayanan terhadap pasien. Keselamatan pasien merupakan tanggung jawab semua pihak yang memberi pelayanan kesehatan yang berorientasi pada kepuasan pasien selain itu aspek fasilitas rumah sakit, peranan dokter, paramedis dan non medis menjadi sangat penting sebab pasien mempersepsikan yang dirasakan atas kinerja pelayanan yang telah diberikan. Salah satu indikator penentu kualitas pelayanan kesehatan adalah keselamatan pasien (Ningsih & Endang, M, 2020).

Keselamatan pasien merupakan suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman, mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Pada prinsipnya keselamatan pasien bukan berarti harus tidak ada risiko sama sekali agar semua tindakan medis dapat dilakukan (Ningsih & Endang, M, 2020).

Patient safety merupakan terbebasnya pasien dari luka karena tindakan medis atau medical error. Medical error merupakan kegagalan dalam pencapaian tujuan dikarekan rencana yang tidak sesuai yang dimana disebabkan oleh banyak faktor salah satunya yaitu penyedia layanan kesehatan dan sumber daya yang kurang memadai (Idris, 2017). Tenaga kesehatan sangat berperan penting dalam menciptakan pelayanan yang bermutu melalui budaya keselamatan pasien. Saat ini, keselamatan pasien belum menjadi budaya dalam pelayanan kesehatan. Kejadian yang tidak di inginkan (KTD) sering terjadi.

Hanya kasus-kasus yang serius dan mengancam jiwa yang secara mudah terdeteksi dan tampak dipermukaan, sedangkan yang sifatnya ringan sampai dengan sedang tidak terdeteksi, tidak dicatat ataupun dilaporkan (Idris, 2017).

Keselamatan pasien merupakan sebuah sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut terdiri dari asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melakukan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Insiden keselamatan pasien merupakan setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (Kementerian Kesehatan RI, 2017) (Laoh, J.M *et al* 2024).

Menurut IOM, keselamatan pasien (*Patient Safety*) didefinisikan sebagai *freedom from accidental injury*. *Accidental injury* disebabkan karena error yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan. *Accidental injury* juga akibat dari melaksanakan tindakan yang salah (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*). *Accidental injury* dalam prakteknya akan berupa kejadian tidak diinginkan.

b. Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan dari keselamatan pasien menurut Nurprilinda, M, *et al* (2024) adalah :

- 1) Aman (*Safety*), yaitu pasien yang menerima pelayanan kesehatan terbebas dari luka atau cedera.

- 2) Efektif (*Effective*), yaitu memberikan pelayanan sesuai dengan kompetensi dan ilmu pengetahuan.
 - 3) Berfokus pada pasien (*Patient-centered*) yaitu memberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan pasien.
 - 4) Menurunkan waktu tunggu (*timely*), yaitu petugas kesehatan harus bekerja dengan cepat dan tepat agar pasien tidak menunggu lama untuk menerima pelayanan.
 - 5) Efisien (*Efficient*), yaitu menggunakan bahan dan alat sesuai dengan keperluan
 - 6) Pelayanan sesuai standar (*Equitable*), yaitu petugas kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien harus sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan.
- c. Evaluasi Keselamatan Pasien.

Monitoring dan evaluasi *pasien safety* sangat perlu dilakukan untuk mengukur keselamatan pasien bukan semata mata mengukur bahaya yang terjadi pada pasien. Menilai keselamatan dengan apa yang telah terjadi di masa lampau, meskipun informatif, tidak dengan sendirinya memberitahu betapa bahagianya saat ini atau akan berada di masa depan. Keselamatan berkaitan dengan berbagai cara dimana sistem dapat gagal berfungsi, yang tentunya jauh lebih banyak daripada mode fungsi yang dapat diterima. Beberapa kegagalan ini mungkin sudah tidak asing lagi, bahkan dapat diprediksi, namun sistem ini mungkin juga tidak berfungsi dengan cara yang tidak terduga. Keselamatan sebagian dicapai dengan waspada terhadap gangguan, merespon dengan cepat untuk menjaga agar tetap berjalan lancar. Dokter, perawat maupun manajer keperawatan melakukan perawatan kesehatan kepada pasien sepanjang waktu, mungkin lebih besar daripada industri lainnya.

Evaluasi adalah rangkaian kegiatan membandingkan realisasi masukan, keluaran, dan hasil terhadap rencana dan standar (Yumiari, 2017). Evaluasi merupakan suatu proses untuk menentukan relevansi, efisiensi, efektivitas dan dampak kegiatan program atau proyek yang sesuai dengan tujuan yang akan dicapai serta sistematis dan objektif. Evaluasi juga diartikan sebagai pengukuran dari konsekuensi yang dikehendaki dan tidak dikehendaki dari suatu tindakan yang telah dilakukan dalam rangka mencapai beberapa tujuan yang akan dinilai. Monitoring dan evaluasi bertujuan memberikan gambaran lengkap tentang implementasi program, terutama untuk mengetahui ketercapaian dari pelaksanaan program dan mengetahui kekuatan, kelemahan, peluang dan hambatan yang terjadi sehingga informasi ini berguna bagi pengambil keputusan untuk melakukan penyesuaian dan perbaikan guna mencapai target yang telah ditetapkan secara efektif dan efisien (Tarigan, S.B, 2024).

UU No 17 tahun 2023 menjelaskan monitoring dan evaluasi pelaksanaan keselamatan pasien dilakukan dengan peningkatan mutu internal dan eksternal serta pengelolaan risiko dan pelaporan. Pada pasal 43 No 44 tahun 2009 tentang rumah sakit pembentukan tim keselamatan pasien, pelaporan dan evaluasi terhadap insiden dibutuhkan untuk melakukan kegiatan ini juga.

- 1) Peningkatan Mutu Internal dan Eksternal: Setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib melakukan peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara terus-menerus dan berkesinambungan, baik secara internal maupun eksternal. Untuk peningkatan mutu internal, dilakukan melalui pengukuran dan pelaporan indikator mutu, pelaporan insiden keselamatan pasien, serta manajemen risiko.

- 2) Pengelolaan Risiko dan Pelaporan: Fasilitas pelayanan kesehatan wajib menerapkan standar keselamatan pasien melalui identifikasi, pengelolaan risiko, serta pelaporan dan analisis insiden. Hal ini juga mencakup penerapan solusi untuk mencegah kejadian yang merugikan pasien.
- 3) Pembentukan Tim Keselamatan Pasien: Rumah sakit wajib membentuk tim keselamatan pasien yang bertanggung jawab untuk melakukan monitoring dan evaluasi terhadap setiap insiden keselamatan pasien. Tim ini harus melakukan investigasi, analisis akar masalah (*Root Cause Analysis*), dan memberikan rekomendasi untuk mencegah kejadian serupa di masa mendatang.
- 4) Pelaporan dan Evaluasi Insiden: Setiap insiden harus dilaporkan dan dievaluasi secara berkala. Evaluasi ini bertujuan untuk mengidentifikasi penyebab insiden, mengevaluasi pelaksanaan tindakan korektif, dan memastikan bahwa tindakan pencegahan telah diimplementasikan secara efektif (Wijayanti, *et al* 2024).

Untuk mengevaluasi keselamatan pasien, gunakan pendekatan holistik dengan menilai 6 Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) melalui metode seperti observasi, wawancara, telaah dokumen (SOP, laporan insiden), dan analisis akar penyebab (*Root Cause Analysis*), dengan fokus pada identifikasi pasien, komunikasi efektif, keamanan obat, tepat lokasi/prosedur/pasien, pengurangan infeksi, dan pengurangan risiko jatuh, serta membandingkan dengan standar akreditasi untuk mengukur kepatuhan dan budaya keselamatan secara berkala.

Metode Evaluasi Utama terdiri atas:

- 1) Observasi Langsung: Amati praktik harian staf (misal: cuci tangan, prosedur serah terima pasien, penggunaan gelang identitas).

- 2) Wawancara & FGD: Libatkan berbagai pihak (dokter, perawat, staf penunjang, bahkan pasien) untuk memahami persepsi dan pelaksanaan.
- 3) Telaah Dokumen: Periksa SOP, laporan insiden keselamatan pasien (KIR), kebijakan rumah sakit, dan logbook.
- 4) Analisis Akar Penyebab (RCA): Untuk insiden yang terjadi, lakukan analisis mendalam untuk menemukan penyebab sistemik, bukan hanya kesalahan individu.
- 5) Survei Budaya Keselamatan (HSOPS): Gunakan instrumen standar seperti Hospital Survey On Patient Safety Culture (HSOPS) untuk mengukur persepsi staf.

Aspek yang Dievaluasi (6 Sasaran Keselamatan Pasien)

- 1) SKP 1: Identifikasi Pasien: Apakah gelang identitas terpasang benar? Apakah verifikasi dilakukan sebelum tindakan?
- 2) SKP 2: Komunikasi Efektif: Apakah komunikasi lisan/telepon (SBAR) terverifikasi? (misal: saat serah terima).
- 3) SKP 3: Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai: Apakah elektrolit konsentrat ditangani dengan benar (identifikasi, pelabelan, penyimpanan)
- 4) SKP 4: Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien: Apakah ada *sign* di lokasi operasi? Apakah verifikasi site mark dilakukan.
- 5) SKP 5: Pengurangan Risiko Infeksi: Apakah kebersihan tangan dilakukan? Apakah ada program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)?
- 6) SKP 6: Pengurangan Risiko Jatuh: Apakah pasien diidentifikasi risiko jatuh? Apakah intervensi pencegahan dilakukan?.

Keselamatan pasien harus dipantau dan dievaluasi secara terus menerus melalui audit, survei, dan pengumpulan data. Evaluasi ini penting untuk meningkatkan praktik keselamatan dan memastikan kepatuhan terhadap kebijakan keselamatan pasien. Penggunaan metode ini memastikan bahwa setiap komponen dalam fasilitas kesehatan bekerja secara optimal dalam memberikan pelayanan yang aman (Nurprilinda, M, *et al* 2024).

Contoh Soal

- a. Ukuran atau parameter yang digunakan untuk mengevaluasi sejauh mana suatu sistem pelayanan kesehatan dapat menyediakan perawatan yang aman dan efektif bagi pasien
.....
- Mutu Pelayanan
 - Keselamatan Pasien
 - Pelayanan Kesehatan
 - Indikator mutu keselamatan pasien**
- b. Tim tenaga medis harus melakukan sosialisasi tentang program keselamatan pasien. Berdasarkan hasil sosialisasi dan analisis terkait adanya insiden, maka harus diberikan *feedback* tentang perubahan yang perlu dilaksanakan. Merupakan salah satu indikator mutu pelayanan dan keselamatan pasien...
- Budaya Kesehatan
 - Komunikasi**
 - Pendidikan dan pelatihan
 - Kepemimpinan
- c. Suatu keadaan pasien bebas dari harm/cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari harm yang potensial akan terjadi (penyakit cedera fisik/sosial/psikologis, cacat, kematian, dll) terkait pelayanan yang lebih aman.....
- Mutu Pelayanan
 - Keselamatan Pasien**
 - Pelayanan Kesehatan
 - Indikator mutu keselamatan pasien
- d. Salah satu metode dalam melakukan evaluasi terhadap keselamatan pasien adalah dengan melakukan pemeriksaan SOP, laporan insiden keselamatan pasien (KIR), kebijakan rumah sakit, dan logbook.....
- Telaah dokumen**
 - Observasi
 - Analisis Akar Penyebab (RCA)
 - Wawancara
- e. Untuk insiden yang terjadi, dilakukan analisis mendalam untuk menemukan penyebab sistemik, bukan hanya kesalahan individu, merupakan salah satu metode evaluasi keselamatan pasien.....

- a. Telaah dokumen
- b. Observasi
- c. **Analisis Akar Penyebab (RCA)**
- d. Wawancara.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, D., Salsabila, L. N., Nasution, E. M., & Deliana. (2023). Strategi Peningkatan Mutu Pelayanan Kesehatan Di Rumah Sakit. *Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 64-70.
- Aprilia, N., Rachmah, & Yullyzar. (2022). Prinsip Tujuh Benar Pemberian Obat. *JIM FKep Volume I*, 1-8.
- Bustami. (2017). Hubungan Kualitas Mutu Pelayanan Kesehatan Dengan Kepuasan Pasien Peserta Jaminan. *Jurnal Nasional*, 142-147.
- Intening, VR., Permina., Y dan Sudarta, IW (2024). Evaluasi Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Swasta Tipe C Semarang. *Prosiding STIKES Bethesda Conference. Volume 4 no 1*, Agustus.
- Idris, H. (2017). Dimensi Budaya Keselamatan Pasien. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Volume 8, 1-9
- Laoh, J.M (2024). Keselamatan Pasien (Patient Safety). Dalam Bunga Rampai Manajemen Pasien Safety. Penerbit: Media Pustaka Indo.
- Lipperera, M., Bijon, J., Eandi, C., & Virgili, G. (2021). Patient Safety in Ophthalmology. In *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9_25
- Mukti. (2016). Analisis Faktor Faktor Yang Berhubungan dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas. *Public Health*, 1-5.
- Ningsih, N. S., & Endang, M (2020). Pengetahuan Penerapan Keselamatan Pasien (Patient Safety) Pada Petugas Kesehatan. *Jurnal Kesehatan*, 9(1), 59-71. <https://doi.org/10.37048/kesehatan.v9i1.120>
- Nurprilinda, M., Susanto, A, Enidah dan Afriyanti, D (2024). Buku Ajar Manajemen Keselamatan Pasien. PT Sonpedia Publishing Indonesia.
- Ratanto, Ningtyas, R., Lubis, VH., Afrianti, N, Deswani, Diyah, A, Yasmin, Y dan Suryati (2023). Manajemen Patient Safety: Meningkatkan Kualitas Pelayanan Kesehatan dan

- Keselamatan Pasien. PT. Sonpedia Publishing Indonesia, 23 Aug 2023 .
- Tarigan, B.S (2024). Monitoring dan Evaluasi Pasien Safety. Dalam Buku Bunga Rampai Manajemen Pasien Safety. Penerbit: Media Pustaka Indo.
- Vanchapo, A. R., & Magfiroh. (2022). Mutu Pelayanan Kesehatan dan Kepuasan Pasien. Tulungagung: Tata Mutiara Hidup Indonesia.
- Wijayanti, Linda, S.E., Ridawati, I.D., Maimuna, S., Lesmana, N.K dan Nurhayati (2024). Buku Ajar Manajemen *Patient Safety*. Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta
- Yusfik, Y., & Achirman. (2022). Evaluasi Implementasi Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien Berdasarkan Penilaian Akreditasi Versi 2012 Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Awal Bros Tangerang Banten. *Journal Health and Science ; Gorontalo Journal Helath & Science Community*, 222-231.

BIODATA PENULIS



Vera T Harikedua, SST, MPH lahir di Tahuna, 29 Maret 1965, memiliki riwayat Pendidikan Diploma III Gizi di Akademi Gizi Depkes Manado pada tahun 1989, Diploma IV Gizi di Fakultas Kedokteran Minat Gizi Klinik di Universitas Brawijaya Malang taun 2004, dan melanjutkan Pendidikan S2 pada Ilmu Kesehatan Masyarakat Minat Gizi Kesehatan Masyarakat konsentrasi Ilmu Gizi Klinik Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap di Jurusan Gizi Poltekkes Kemenkes Manado dan menjabat sebagai Ketua Program Studi Gizi Sarjana Terapan Gizi dan Dietetika.

BAB 15

Peran Komite Mutu

Ns. Rosa Galica Gita Gressia. S.Kep., M.Kep

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

CPMK 1 : Mahasiswa mampu memahami, dan menjelaskan konsep, susunan organisasi, tugas dan fungsi, serta peran Komite Mutu dalam mendukung penerapan standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan.

Sub Capaian Pembelajaran Mata Kuliah

Sub-CPMK : Mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan konsep dasar Komite Mutu.
2. Menjelaskan susunan organisasi Komite Mutu.
3. Menganalisis tugas dan fungsi Komite Mutu.
4. Mengidentifikasi peran Komite Mutu terhadap standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

A. Pendahuluan

Peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien merupakan elemen esensial dalam penyelenggaraan layanan kesehatan yang aman, efektif, dan berorientasi pada kebutuhan pasien. Setiap rumah sakit wajib memastikan proses pelayanan berlangsung sesuai standar, mampu mengendalikan risiko, serta berkomitmen terhadap perbaikan berkelanjutan. Dalam kerangka tersebut, **Komite Mutu Rumah Sakit** memegang

peran sentral sebagai unit yang bertanggung jawab mengoordinasikan, mengawasi, dan mengevaluasi pelaksanaan peningkatan mutu dan keselamatan pasien di seluruh unit pelayanan.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) Nomor 80 Tahun 2020 mempertegas bahwa setiap rumah sakit wajib memiliki Komite Mutu Rumah Sakit sebagai organisasi fungsional yang bertanggung jawab dalam mengembangkan, melaksanakan, mengendalikan, dan mengevaluasi seluruh kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Selain itu, Permenkes 1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit menegaskan bahwa pemenuhan standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien merupakan komponen wajib dalam akreditasi, sehingga Komite Mutu berperan sebagai penggerak utama dalam memastikan terpenuhinya standar tersebut.

Struktur manajemen mutu dan budaya keselamatan yang kuat berhubungan langsung dengan penurunan insiden klinis, peningkatan kepatuhan terhadap protokol, serta kualitas pelayanan yang lebih baik (Al Shamsi et al., 2021; Hussein et al., 2021). Oleh karena itu, pembahasan mengenai konsep Komite Mutu, struktur organisasi, tugas-fungsi, serta perannya dalam mendukung standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien menjadi sangat penting untuk memastikan pelayanan yang aman dan bermutu tinggi di fasilitas kesehatan.

B. Konsep Dasar Komite Mutu

Komite Mutu Rumah Sakit merupakan **organisasi nonstruktural** yang dibentuk oleh Direktur Rumah Sakit untuk memastikan upaya peningkatan mutu berlangsung secara terarah, sistematis, dan berkesinambungan. Berdasarkan Permenkes Nomor 80 Tahun 2020, Komite Mutu berperan sebagai platform koordinasi yang menyatukan berbagai proses pengendalian mutu di seluruh unit pelayanan, sehingga rumah sakit dapat menerapkan sistem manajemen mutu yang konsisten dengan standar nasional dan kebutuhan organisasi. Komite ini menjadi pilar penting dalam tata kelola klinis (*clinical*

governance), khususnya dalam memastikan bahwa budaya mutu tertanam dalam setiap tingkat pelayanan (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Selanjutnya, Permenkes HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit memperkuat konsep dasar Komite Mutu dengan menetapkannya sebagai struktur kunci dalam pemenuhan standar akreditasi, khususnya pada elemen *Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP)* (Kementerian Kesehatan RI, 2024). Dalam regulasi ini, Komite Mutu digambarkan sebagai penggerak utama budaya mutu, pusat integrasi evaluasi kinerja pelayanan, serta pengawal penerapan standar keselamatan pasien di seluruh unit.

Secara konseptual, keberadaan Komite Mutu menegaskan bahwa mutu bukan hanya hasil, tetapi merupakan proses yang harus dikendalikan melalui struktur, kebijakan, dan mekanisme pemantauan yang kuat. Struktur komite yang melibatkan ketua, sekretaris, serta kelompok kerja memungkinkan koordinasi lintas unit berjalan efektif, termasuk dengan bidang keperawatan.

Dalam perspektif manajemen keperawatan, keberadaan Komite Mutu semakin relevan karena sebagian besar proses klinis melibatkan perawat sebagai pemberi layanan langsung. Integrasi prinsip mutu ke dalam praktik keperawatan memastikan bahwa asuhan yang diberikan aman, efektif, konsisten, dan berorientasi pada standar profesional. Dengan demikian, Komite Mutu berfungsi sebagai fondasi konseptual yang menegakkan budaya mutu di seluruh level pelayanan rumah sakit.

C. Susunan Organisasi Komite Mutu

Susunan organisasi Komite Mutu merupakan komponen penting dalam memastikan tata kelola mutu rumah sakit berjalan efektif dan akuntabel. Berdasarkan Permenkes Nomor 80 Tahun 2020, pembentukan Komite Mutu dilakukan oleh Kepala atau Direktur Rumah Sakit dan ditetapkan melalui surat keputusan, dengan posisi komite berada langsung di bawah pimpinan tertinggi rumah sakit (Kementerian Kesehatan RI,

2020). Struktur ini menunjukkan bahwa mutu pelayanan merupakan mandat strategis yang mendapatkan dukungan penuh dari manajemen puncak.

Permenkes Nomor 80 tahun 2020 juga menetapkan bahwa susunan minimal Komite Mutu terdiri dari ketua, sekretaris, dan anggota. Ketua tidak direkomendasikan merangkap sebagai pejabat struktural untuk menjaga independensi. Personel dipilih, diangkat, dan diberhentikan oleh Kepala atau Direktur Rumah Sakit (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Keanggotaan Komite Mutu terdiri dari tenaga medis, perawat, tenaga kesehatan lain, serta tenaga non-kesehatan, dengan jumlah yang disesuaikan dengan kapasitas sumber daya manusia rumah sakit. Setiap anggota harus memenuhi persyaratan integritas, kompetensi, kesehatan fisik dan mental, serta komitmen terhadap mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko. Masa tugas berlangsung selama tiga tahun dan dapat diperpanjang. Pemberhentian dapat dilakukan bila anggota melanggar etika, tidak menjalankan tugas, atau melakukan tindakan yang merugikan rumah sakit (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Efektivitas komite mutu sangat dipengaruhi oleh struktur organisasi dan keterlibatan profesi lintas disiplin. Komite mutu yang melibatkan perawat dan tenaga kesehatan lain terbukti meningkatkan implementasi keselamatan pasien dan kepatuhan standar (Oktavia et al., 2025; Sundoro et al., 2024). Integrasi komite lain yang menjalankan fungsi keselamatan pasien melalui subkomite juga meningkatkan efektivitas koordinasi di fasilitas pelayanan kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

D. Tugas dan fungsi komite mutu dan keselamatan pasien

Komite Mutu memiliki posisi strategis dalam tata kelola pelayanan rumah sakit, karena berfungsi sebagai penggerak utama dalam memastikan bahwa seluruh proses pelayanan berjalan sesuai standar mutu, aman bagi pasien, serta dikelola melalui pendekatan manajemen risiko yang sistematis (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Permenkes Nomor 80 Tahun 2020 menegaskan bahwa Komite Mutu bertugas membantu

Kepala atau Direktur Rumah Sakit dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko secara menyeluruh (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Dengan demikian, komite ini merupakan pusat koordinasi yang menghubungkan seluruh unit dalam rangka membangun layanan kesehatan yang efektif, efisien, dan aman.

Dalam pelaksanaan dan evaluasi peningkatan mutu, Komite Mutu memiliki serangkaian fungsi yang luas. Pertama, komite bertanggung jawab menyusun kebijakan, pedoman, dan program kerja terkait mutu pelayanan rumah sakit. Penyusunan kebijakan ini menjadi dasar bagi pengembangan standar operasional di seluruh unit pelayanan. Kedua, komite memberikan masukan dan pertimbangan kepada Direktur mengenai perbaikan mutu tingkat rumah sakit, termasuk rekomendasi strategis yang berbasis data. Ketiga, komite memilih prioritas perbaikan serta mengoordinasikan pengukuran indikator mutu tingkat rumah sakit dan memastikan tindak lanjut hasil capaian indikator tersebut. Komite Mutu juga melakukan pemantauan penerapan program mutu di setiap unit, termasuk memandu unit kerja dalam menetapkan indikator, menganalisis capaian, serta mendorong perbaikan berkelanjutan (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Komite Mutu berperan penting dalam memfasilitasi penyusunan profil indikator mutu, termasuk instrumen pengumpulan data, sehingga proses monitoring berjalan konsisten dan akurat. Komite mengoordinasikan pengumpulan, validasi, analisis, serta pelaporan data indikator mutu baik pada tingkat rumah sakit maupun indikator mutu nasional. Selain itu, komite menjalin komunikasi dengan komite medis, unit pemeriksaan internal, dan unit kerja lainnya untuk memastikan integrasi data dan keselarasan program peningkatan mutu. Komite Mutu juga mendukung implementasi budaya mutu melalui pelatihan, supervisi, dan evaluasi mandiri di unit pelayanan (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Pada aspek keselamatan pasien, Komite Mutu bertanggung jawab menyusun kebijakan, pedoman, dan

program keselamatan pasien serta memberikan rekomendasi kepada Direktur dalam pengambilan keputusan. Komite melakukan pemantauan implementasi keselamatan pasien di unit kerja, mengoordinasikan edukasi, konsultasi, serta kegiatan audit keselamatan. Salah satu fungsi krusial adalah pencatatan, analisis, dan pelaporan insiden keselamatan pasien, termasuk pelaksanaan *Root Cause Analysis* (RCA) sebagai metode identifikasi akar masalah. Pelaporan insiden harus dilakukan secara kontinu sesuai regulasi, yang kemudian menjadi dasar bagi tindakan korektif dan pencegahan insiden berulang (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Penelitian menunjukkan bahwa keterlibatan komite mutu dalam investigasi insiden dan tindak lanjut RCA meningkatkan ketepatan identifikasi akar masalah dan efektivitas intervensi keselamatan (Al Shamsi et al., 2021). Komite juga menyusun laporan keselamatan pasien sebagai bentuk akuntabilitas kepada manajemen.

Dalam manajemen risiko, Komite Mutu berperan menyusun kebijakan dan program kerja manajemen risiko serta memberikan masukan kepada Direktur mengenai isu risiko yang ditemukan. Komite melakukan pemantauan penerapan manajemen risiko di unit kerja, memberikan rekomendasi profil risiko dan rencana penanganannya, serta mengoordinasikan pelaksanaan manajemen risiko, termasuk penanganan risiko tinggi. Komite juga membantu menyusun rencana kontingensi dalam kondisi tidak normal, memastikan mitigasi risiko berlangsung efektif. Pelaporan hasil evaluasi program manajemen risiko merupakan bagian penting dari fungsi komite (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Pendekatan sistematis ini mendukung integrasi antara manajemen risiko, mutu layanan, dan keselamatan pasien sebagaimana direkomendasikan dalam literatur internasional mengenai *integrated quality-risk governance* (Hussein et al., 2021).

Selain itu, Komite Mutu memiliki peran signifikan dalam persiapan dan penyelenggaraan akreditasi rumah sakit, karena akreditasi sangat bergantung pada konsistensi pelaksanaan mutu, keselamatan pasien, dan manajemen risiko. Untuk

memperkuat pelaksanaan tugasnya, Komite Mutu dapat membentuk tim *ad hoc* yang melibatkan unit kerja lain dan para ahli. Komite juga diwajibkan menyampaikan laporan berkala kepada Direktur Rumah Sakit setiap tiga bulan sebagai bentuk pertanggungjawaban (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

E. Peran KMKP terhadap standar peningkatan mutu dan keselamatan pasien

Standar Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien merupakan kerangka kerja yang dirancang untuk memastikan rumah sakit melaksanakan pelayanan yang aman, efektif, efisien, dan berorientasi pada kebutuhan pasien. Berdasarkan Permenkes Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024, seluruh rumah sakit wajib menerapkan program PMKP yang menjangkau seluruh unit kerja dan dikelola melalui mekanisme koordinasi yang terstruktur (Kementerian Kesehatan RI, 2024). Dalam konteks ini, Komite Mutu memiliki peran yang sangat strategis karena menjadi motor penggerak penyelenggaraan PMKP secara komprehensif. penerapan komite mutu yang aktif meningkatkan kepatuhan terhadap standar keselamatan pasien dan memperkuat budaya pelaporan insiden, terutama ketika komite terlibat dalam analisis akar masalah dan edukasi staf (Abdulhadi et al., 2021).

Peran utama Komite Mutu adalah memastikan bahwa seluruh standar PMKP dapat diimplementasikan secara konsisten. Komite Mutu bertugas mengoordinasikan keterlibatan setiap unit kerja dalam kegiatan peningkatan mutu dan keselamatan pasien, sehingga PMKP tidak hanya menjadi tanggung jawab satu unit tertentu, melainkan budaya bersama dalam organisasi. Komite Mutu memfasilitasi agar setiap unit dapat melakukan identifikasi masalah, menyusun rencana perbaikan, serta melaksanakan intervensi berbasis bukti.

Dalam aspek pengukuran dan penggunaan data, Komite Mutu memandu rumah sakit dalam menetapkan indikator mutu prioritas, memastikan metode pengukuran yang objektif, serta memvalidasi data yang dikumpulkan. Validasi data sangat penting karena menjadi dasar untuk pengambilan keputusan

dan penetapan prioritas perbaikan. Komite Mutu juga memastikan bahwa rumah sakit menggunakan data obyektif dan kaji banding, baik nasional maupun internasional, sebagai dasar penyusunan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Komite Mutu berperan memperkuat kapasitas staf dalam menerapkan prinsip mutu dan keselamatan pasien. Permenkes 2024 menegaskan bahwa seluruh staf klinis dan nonklinis harus dilatih untuk memahami proses perbaikan mutu (Kementerian Kesehatan RI, 2024). Dalam hal ini, Komite Mutu bertindak sebagai fasilitator utama pelatihan, edukasi, dan pendampingan proses perbaikan di unit kerja.

Pada aspek keselamatan pasien, Komite Mutu memandu penerapan sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien (SP2KP-RS). Komite memastikan bahwa setiap insiden tercatat, dianalisis, dan ditindaklanjuti dengan intervensi yang tepat untuk mencegah kejadian berulang. Integrasi antara manajemen risiko, PMKP, dan pembelajaran organisasi menjadi salah satu kontribusi penting komite dalam menurunkan variasi proses pelayanan dan mengurangi risiko bagi pasien mutu (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Secara keseluruhan, Komite Mutu berfungsi sebagai pusat koordinasi, pengawasan, analisis, dan pengembangan budaya mutu dalam rumah sakit. Dengan pengelolaan yang efektif, rumah sakit mampu menciptakan pelayanan yang aman dan meningkatkan kinerja organisasi secara berkelanjutan sesuai standar nasional.

Contoh Soal

1. Komite Mutu Rumah Sakit dibentuk sebagai organisasi nonstruktural untuk mendukung penerapan manajemen mutu. Berdasarkan konsep dasar dalam materi, tujuan utama pembentukan Komite Mutu adalah.....
 - a. Menggantikan seluruh peran manajerial direktur dalam pengelolaan rumah sakit
 - b. Mengatur seluruh kegiatan administratif dan teknis di unit pelayanan
 - c. Memastikan peningkatan mutu berjalan terarah, sistematis, dan berkesinambungan
 - d. Menentukan jumlah tenaga medis dan keperawatan yang dibutuhkan rumah sakit
 - e. Mengambil alih fungsi komite lain agar proses koordinasi lebih sederhana

2. Menurut Permenkes Nomor 80 Tahun 2020, susunan minimal Komite Mutu terdiri dari...
 - a. Ketua, sekretaris, bendahara
 - b. Ketua, sekretaris, dan anggota
 - c. Ketua, wakil ketua, sekretaris, bendahara
 - d. Ketua saja karena komite bersifat nonstruktural
 - e. Ketua dan wakil ketua saja

3. Sebuah rumah sakit mengalami ketidakkonsistenan data mutu, beberapa unit tidak menindaklanjuti hasil indikator, dan pelaporan insiden tidak berjalan. Direktur meminta Komite Mutu memperbaiki situasi tersebut. Berdasarkan tugas dan fungsi Komite Mutu, langkah yang paling tepat adalah...
 - a. Meminta seluruh unit mengulang pengumpulan data tanpa pendampingan
 - b. Mengurangi indikator mutu agar lebih mudah dicapai
 - c. Memandu unit dalam analisis capaian indikator, melakukan validasi data, dan memastikan tindak lanjut perbaikan dilakukan
 - d. Menyerahkan seluruh penyelesaian kepada komite medis
 - e. Menghentikan proses pelaporan insiden sementara

4. Dalam audit akreditasi, ditemukan bahwa beberapa unit tidak memahami indikator mutu prioritas dan tidak dapat menjelaskan bagaimana data digunakan untuk perbaikan. Peran Komite Mutu yang paling relevan sesuai standar PMKP adalah...
 - a. Menghapus indikator yang dianggap terlalu sulit
 - b. Menurunkan standar agar unit lebih mudah memenuhi
 - c. Memfasilitasi penetapan indikator, memvalidasi data, dan memberikan pelatihan kepada staf
 - d. Mengalihkan seluruh tanggung jawab kepada direktur
 - e. Menunda proses PMKP hingga akreditasi selesai
5. Evaluasi triwulan menunjukkan sebagian unit tidak melaksanakan rencana perbaikan berdasarkan data indikator mutu. Akibatnya, perbaikan mutu tidak berkelanjutan dan standar PMKP tidak terpenuhi. Peran Komite Mutu yang paling sesuai adalah...
 - a. Mengalihkan tanggung jawab tindak lanjut kepada pimpinan unit tanpa pendampingan
 - b. Mengurangi jumlah indikator agar beban unit berkurang
 - c. Membimbing unit dalam penyusunan rencana perbaikan, memantau pelaksanaan, dan mengoordinasikan perbaikan lintas unit
 - d. Menghentikan kegiatan PMKP sampai rumah sakit siap
 - e. Mengarahkan unit hanya fokus pada indikator yang mudah dicapai

DAFTAR PUSTAKA

- Abdulhadi, N., Alkaabi, A., & Al Zaabi, S. (2021). Impact of hospital quality committees on patient safety culture and incident reporting: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1–10.
- Al Shamsi, H., Al Shamsi, A., & Al Kalbani, A. (2021). *Impact of patient safety culture on healthcare quality in hospitals: A systematic review*. *Journal of Patient Safety*, 17(8), e1441–e1449.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 80 Tahun 2020 tentang Komite Mutu Rumah Sakit*.
- Hussein, M., Pavlova, M., Ghalwash, M., & Groot, W. (2021). The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: A systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 10(21), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07097-6>
- Oktavia, E., Salsabila, H., & Masdiana Saputri, Z. (2025). An analysis of patient safety management by the hospital quality committee: A case study on inpatient nurses at the Islamic Hospital of Surakarta. *Indogenius*, 4(1). <https://doi.org/10.56359/igi.v4i1.731>
- Sundoro, T., Wulan Sari, D., Alvionita, I., Rahim Nuhayanan, W., & Bafadhal, A. (2024). Evaluation of quality improvement and patient safety strategies in Hospital X Yogyakarta. *Jurnal Ilmu Kesehatan Masyarakat Berkala*, 5(2). <https://doi.org/10.56606/albama.v16i2.128>

BIODATA PENULIS



Ns. Rosa Galica Gita Gressia. S.Kep., M.Kep lahir di Langsa, pada 11 Desember 1991. Menyelesaikan pendidikan S1 dan S2 di Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen Bidang Keperawatan Dasar dan Manajemen Keperawatan di Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala.

Sebagai komitmen untuk terus memperkuat jejaring ilmiah dan kontribusi terhadap pengembangan ilmu keperawatan, penulis membuka ruang kolaborasi melalui email: rosagalice@usk.ac.id