

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membentuk pelayanan kesehatan pasien yang lebih aman sehingga dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat mengambil suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Depkes RI, 2008). Keselamatan pasien telah menjadi prioritas pelayanan rumah sakit dan kebutuhan dalam pelayanan kesehatan. Sarana penerapan *patient safety* di rumah sakit diharapkan dapat meminimalisir resiko terjadinya KTD (Kejadian Tidak Diinginkan), mengurangi konflik antara petugas kesehatan dan pasien, mengurangi sengketa medis, mengurangi gugatan dan tuntutan hukum, serta menangkali terjadinya malpraktik yang semakin meningkat dirumah sakit (Ismainar, 2015).

Pada Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) nomor 11 tahun 2017 penyusunan kebijakan keselamatan pasien mengacu pada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari *World Health Organization* (WHO), yang juga digunakan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) dan *Joint Commisions International* (JCI). Pada 1 Januari tahun 2011, *Joint Commission International* (JCI) telah memberlakukan Standar Akreditasi Internasional untuk Rumah Sakit yang dikenal dengan *International Patient Safety Goals* (IPSG). Fokus utama JCI adalah meningkatkan keselamatan perawatan pasien melalui penyediaan jasa akreditasi dan sertifikasi serta melalui layanan konsultasi dan pendidikan dengan tujuan membantu organisasi menerapkan solusi praktis dan berkelanjutan (Joint Commission International, 2020).

WHO (*World Health Organization*) melaporkan bahwa keselamatan pasien di rumah sakit perlu mendapatkan perhatian khusus karena keselamatan pasien dibeberapa negara masih tergolong rendah. Hal

ini didukung oleh laporan *Institute of Medicine* (IOM) pada tahun 2020 bahwa 98.000 kematian di Amerika Serikat disebabkan oleh kesalahan medis yang tidak dapat dicegah. Beberapa penelitian rumah sakit terakreditasi *Joint Commission International* (JCI) menemukan 52 kasus terdeteksi di 11 rumah sakit di 5 negara. Hong Kong memiliki jumlah kasus tertinggi dengan total 31% kasus, diikuti oleh Australia dengan 25% kasus, India dengan 23% kasus, Amerika dengan 12% kasus, dan Kanada dengan 10% kasus (Toyo et al., 2022).

Insiden keselamatan pasien di Indonesia berdasarkan hasil laporan Daud (2020) pada tahun 2019 hanya 12% dari 2.877 rumah sakit di Indonesia yang melaporkan insiden keselamatan pasien sebanyak 7.456 kasus . Jumlah tersebut terdiri dari 38% kejadian nyaris cedera (KNC), 31% kejadian tidak cedera (KTC), dan 31% kejadian tidak diharapkan (KTD). Data tentang keselamatan pasien di Indonesia masih sulit karena masalah pada sistem pelaporan. Pada umumnya banyak insiden tidak dilaporkan, tidak dicatat, dan juga bahkan luput dari perhatian petugas kesehatan karena yang dilaporkan hanya insiden yang ditemukan secara kebetulan saja (Daud, 2020).

Bicara tentang keselamatan pasien tentu saja tidak lepas dari tenaga medis. Tenaga medis, khususnya dokter, merupakan salah satu komponen terpenting dalam sistem pemberi pelayanan kesehatan masyarakat. Tenaga medis yang berkualitas juga menentukan kualitas pelayanan kesehatan negara tersebut. Dimana pendidikan kedokteran dibagi menjadi dua tahap yaitu tahap preklinik selama 3,5 tahun dan klinik 2 tahun atau yang diketahui sebagai pendidikan kedokteran tahap profesi. Mahasiswa kedokteran harus belajar untuk mengenali situasi yang berisiko, pelaporan yang sistematis, baik untuk kejadian yang tidak diharapkan maupun kesalahan yang nyaris terjadi, investigasi dan mengembangkan sistem berdasarkan kemampuan dan ketidakmampuan manusia dan pemberitahuan kesalahan kepada pasien, kemampuan-kemampuan tersebut

dibutuhkan untuk mengubah budaya badan kesehatan kearah menjadi lebih berfokus pada keselamatan pasien (Nie et al., 2011).

Dalam menjaga kualitas dan etika tenaga medis, seorang dokter dipandu dalam satu pedoman norma etik profesi dokter yang disebut Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI). KODEKI merupakan kumpulan peraturan etika profesi yang akan digunakan sebagai tolak ukur perilaku ideal dan penahan godaan penyimpangan profesi. Dalam menjalankan profesinya seorang dokter harus memiliki enam nilai yang terdapat di KODEKI yaitu altruisme, tanggung jawab, idealisme profesi, akuntabilitas terhadap pasien, integritas ilmiah dan integritas sosial (KODEKI, 2012). Selain berlandaskan norma-norma etik, etika kedokteran mengutamakan keselamatan pasien dengan prinsip *beneficence, non maleficence, autonomy dan justice*. Berdasarkan prinsip tersebut, sudah menjadi tugas dan tanggung jawab dokter untuk memberikan pelayanan yang sebaik-baiknya kepada pasien, termasuk dalam bidang keselamatan pasien (Taufik, 2016).

Untuk melindungi kepentingan masyarakat, perilaku individu sebagai anggota masyarakat tidak cukup jika hanya diatur dan dilindungi oleh etika, tetapi diperlukan juga aturan hukum. Sebab pada dasarnya tuntutan hukum itu lebih menitik beratkan pada pengaturan perilaku seorang individu demi ketertiban masyarakat. Sedangkan tuntutan etika lebih menitik beratkan pada peraturan perilaku yang berbudi luhur (Veronica, 1998). Pemahaman hukum kesehatan sangat penting untuk diketahui agar dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan sesuai dengan prosedur yang telah dibuat oleh pihak tenaga kesehatan dan apabila terdapat kesalahan dalam pelayanan kesehatan (*malpraktek* medis) dapat diselesaikan dengan pengetahuan hukum kesehatan tersebut (Takdir, 2018).

Berdasarkan latar belakang diatas, di tahun 2023 ini peneliti ingin menganalisis tingkat pengetahuan kode etik dan hukum kedokteran Indonesia tentang keselamatan pasien pada mahasiswa Pendidikan Profesi

Kedokteran Universitas Islam Sumatera Utara di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Pirngadi Kota Medan tahun 2023.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana tingkat pengetahuan kode etik dan hukum kedokteran Indonesia tentang keselamatan pasien pada mahasiswa Pendidikan Profesi Kedokteran Universitas Islam Sumatera Utara di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Pirngadi Kota Medan tahun 2023?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum pada penelitian ini adalah untuk mengetahui tingkat pengetahuan kode etik dan hukum kedokteran Indonesia tentang keselamatan pasien pada mahasiswa Pendidikan Profesi Kedokteran Universitas Islam Sumatera Utara di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Pirngadi Kota Medan tahun 2023.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus pada penelitian ini adalah:

- a. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan mahasiswa Pendidikan Profesi Kedokteran Universitas Islam Sumatera Utara mengenai kode etik dan hukum kedokteran Indonesia tentang indikator keselamatan pasien.
- b. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan mahasiswa Pendidikan Profesi Kedokteran Universitas Islam Sumatera Utara mengenai kode etik dan hukum kedokteran Indonesia tentang identifikasi dan manajemen keselamatan pasien.

1.4 Manfaat Penelitian

a. Bagi Penulis

Hasil penelitian ini dapat menambah wawasan dan keilmuan dalam menyusun karya ilmiah yang sangat berharga terhadap ilmu pengetahuan khususnya dalam pengetahuan mengenai hukum kedokteran dan kode etik kedokteran Indonesia tentang keselamatan pasien.

b. Bagi Institusi

Penelitian ini diharapkan bermanfaat untuk institusi atau pemangku kebijakan kurikulum untuk meningkatkan kesadaran pentingnya mengerti dan memahami hukum kedokteran dan kode etik kedokteran Indonesia tentang keselamatan pasien dalam kehidupan kedokteran.

c. Bagi Masyarakat

Sebagai referensi dan informasi terkait penelitian mengenai hukum kedokteran dan kode etik kedokteran Indonesia tentang keselamatan pasien.

d. Bagi Pemerintah

Penelitian ini dapat dijadikan sumber informasi dan masukan bagi pemerintah terkait praktik keselamatan pasien.

e. Bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian dapat digunakan sebagai bahan bacaan, referensi, atau bahan pembandingan bagi penelitian selanjutnya dalam bidang yang sama.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Landasa Teori

2.1.1 Pengertian Etika

Etika berasal dari bahasa Yunani *ethos*. Dalam bentuk tunggal, kata tersebut memiliki arti : tempat tinggal yang biasa padang rumput, kandang; kebiasaan, adat; akhlak, watak; perasaan, sikap, dan cara berpikir. Sedangkan bentuk jamaknya yaitu *ta etha*, berarti adat kebiasaan. Arti terakhir inilah yang menjadi dasar terbentuknya istilah "etika" yang digunakan oleh Aristoteles, seorang filsuf besar Yunani Kuno (381 – 322 SM), untuk menggambarkan filsafat moral. Oleh karena itu, secara etimologis, "etika" dapat diartikan sebagai ilmu tentang apa yang biasa dilakukan, atau ilmu tentang adat kebiasaan (Bertens, 2007).

Menurut buku Sejarah filsafat Barat, etika diartikan sebagai seni untuk mencapai kebaikan. Kebaikan sendiri merupakan tujuan utama yang ingin dicapai oleh setiap individu dan dapat dicapai melalui tindakan (Bernard, 1992). Selain itu, etika juga dapat berperan sebagai panduan bagi setiap orang dalam menjalankan kontrol sosial (Alfan, 2013).

Etika memberi manusia orientasi cara menjalani hidupnya melalui rangkaian kehidupan sehari-hari. Dalam menentukan baik dan buruknya perilaku manusia, terdapat dua macam etika yang harus kita pahami, yaitu:

1. Etika deskriptif adalah etika yang berusaha meneropong secara kritis dan rasional sikap dan perilaku manusia dan apa yang dikejar oleh manusia dalam hidup ini sebagai sesuatu yang bernilai. Etika deskriptif sebagai dasar mengambil keputusan tentang perilaku atau siapa yang mau diambil.
2. Etika normatif merupakan etika yang berusaha menetapkan berbagai sikap dan pola perilaku yang ideal yang seharusnya

dimiliki oleh manusia dalam hidup ini sebagai sesuatu yang bernilai. Etika normatif sebagai dasar dan kerangka tindakan yang akan diputuskan.

2.1.2 Etika Profesi Kedokteran

Profesi berasal dari bahasa latin *professio*, yang berarti pengakuan atau pernyataan publik. Menurut Posner (1995), profesi merupakan suatu pekerjaan yang tidak hanya membutuhkan pengetahuan, pengalaman, dan kecerdasan umum, tetapi juga penguasaan khusus yang merupakan abstraksi dari ilmu pengetahuan atau beberapa bidang lain yang diyakini memiliki struktur intelektual seperti teologi atau hukum atau militer. Etika profesi adalah aturan bertindak pada kelompok-kelompok masyarakat yang bersifat khusus, yakni kelompok profesi. Tujuannya antara lain dikembangkan etika profesi untuk mengatur hubungan timbal balik antara kedua belah pihak, yakni antara anggota kelompok atau anggota masyarakat yang melayani dan dilayani. Dalam bidang kesehatan, dengan sendirinya etika profesi ini berkembang antara petugas kesehatan dan masyarakat yang di layani (Soekidjo Notoatmodjo, 2010).

Etika tertua dalam profesi adalah etika kedokteran, yang merupakan prinsip-prinsip moral atau asas-asas akhlak yang harus diterapkan oleh dokter dalam hubungan mereka dengan pasien, sesama dokter, dan masyarakat umum (Hanafiah, 2014). Hukum etika juga didasarkan pada pijakan moral yang sama, tetapi etika melibatkan pemikiran yang lebih luas dan mendalam. Etika menuntut agar setiap orang menggunakan hati nurani mereka untuk melakukan tindakan yang baik dan benar serta menghindari perilaku yang buruk dan salah, dengan berlandaskan nilai moralitas yang terbentuk melalui proses hidup bermasyarakat sejak zaman dahulu hingga saat ini (Dahlan & Setyo, 2018).

Dokter merupakan profesi yang memiliki kedudukan tinggi di masyarakat serta membutuhkan pendidikan dan latihan tertentu. Ciri- ciri

pekerjaan profesi adalah 1) pendidikan sesuai standar nasional; 2) mengutamakan panggilan kemanusiaan; 3) berlandaskan etika profesi, mengikat seumur hidup; 4) legal melalui perizinan; 5) belajar sepanjang hayat; 6) anggota bergabung dalam satu organisasi profesi (Hanafiah, 2014).

Hakikat profesi dokter adalah bisikan nurani dan panggilan jiwa untuk mengabdikan diri pada kemanusiaan berlandaskan moralitas yang kental. Prinsip-prinsip kejujuran, keadilan, empati, keikhlasan, kepedulian kepada sesama dalam rasa kemanusiaan, rasa kasih sayang, dan ikut merasakan penderitaan orang lain yang kurang beruntung. Dengan demikian, seorang dokter tidak boleh egois, melainkan harus mengutamakan kepentingan orang lain, membantu mengobati orang sakit. Seorang dokter harus memiliki *Intellectual Quotient* (IQ), *Emotional Quotient* (EQ) dan *Spiritual Quotient* (SQ) yang tinggi dan seimbang. Sikap mental fundamental yang harus melekat secara mutlak pada pribadi seorang dokter yang baik dan bijaksana yang mendasari profesi luhur dokter yaitu: ketuhanan, rasa kemanusiaan, kemurnian niat, keluhuran budi, kerendahan hati, kesungguhan kerja, integritas ilmiah, dan sosial (Darwin, 2014). Terdapat 4 prinsip moral utama profesi kedokteran, yaitu:

1. Prinsip *autonomy, the rights to self determination*, yaitu prinsip moral yang menghormati hak-hak pasien, terutama hak otonomi pasien.
2. Prinsip *beneficence*, etika moral yang mementingkan tindakan yang ditujukan ke kebaikan pasien.
3. Prinsip *non-maleficence*, dikenal dengan "*primum non nocere*" atau "*above all do no harm*", yaitu prinsip moral yang melarang tindakan yang memperburuk keadaan pasien.
4. Prinsip *justice*, yaitu etika moral yang mementingkan *fairness* dan keadilan dalam mendistribusikan sumberdaya.

(Suryadi & Bioetika, 2009).

2.1.3 Kode Etik Kedokteran

KODEKI merupakan kumpulan peraturan etika profesi yang akan digunakan sebagai tolak ukur perilaku ideal dan penahan godaan penyimpangan profesi (KODEKI, 2012). Kode etik kedokteran menyangkut dua hal yang harus diperhatikan, yaitu (1) etik jabatan kedokteran adalah mengenai masalah yang berkaitan dengan sikap dokter terhadap teman sejawat, para pembantunya, masyarakat, dan pemerintahan; (2) etik asuhan kedokteran adalah etik kedokteran untuk pedoman kehidupan sehari-hari mengenai sikap tindakan seorang dokter terhadap penderita yang menjadi tanggung jawabnya. Kode Etik Kedokteran Indonesia mengemukakan betapa luhurnya pekerjaan profesi dokter. Tugas dokter tidak bertujuan untuk mendapatkan keuntungan pribadi, melainkan lebih memprioritaskan kepentingan pasien dengan didasarkan pada nilai kemanusiaan. Dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia, dijelaskan pasal-pasal yang menekankan tanggung jawab dokter dan hal-hal yang dilarang bagi dokter, yang harus dijadikan pedoman dalam pekerjaan. Etika profesi kedokteran mencakup tindakan dokter dalam hubungannya dengan pasien, keluarga, masyarakat, teman sejawat, dan mitra kerja. Rumusan perilaku dokter sebagai anggota profesi disusun oleh organisasi profesi bersama pemerintah menjadi satu kode etik profesi yaitu Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI). Kode Etik Kedokteran Indonesia disusun dengan mempertimbangkan *International Code of Medical Ethics* dengan landasan idiologi Pancasila dan landasan struktural Undang- Undang Dasar 1945 (MKEK-IDI, 2012).

Kode Etik Kedokteran Indonesia terdiri dari:

1. Kewajiban Umum
2. Kewajiban dokter terhadap pasien
3. Kewajiban dokter terhadap teman sejawat
4. Kewajiban dokter terhadap diri sendiri

Pelanggaran terhadap Kode Etik Kedokteran Indonesia dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu pelanggaran etik semata-mata dan pelanggaran etik yang juga melanggar hukum. Pelanggaran etik tidak selalu berarti pelanggaran hukum, dan sebaliknya, pelanggaran hukum tidak selalu melanggar etika kedokteran. Melanggar etika kedokteran berarti melanggar nilai moral, kewajiban, dan prinsip-prinsip yang harus dipegang teguh, sehingga perlu diambil tindakan pembinaan. Penilaian mengenai pelanggaran etik dilakukan oleh Majelis Kehormatan Etika Kedokteran (MKEK)(MKEK-IDI, 2012). Sanksi yang diberikan tergantung pada berat atau ringannya pelanggaran, mulai dari penasehatan, peringatan lisan atau tertulis, pembinaan perilaku, hingga pemecatan sementara sebagai anggota IDI. Penetapan kategori pelanggaran etik yang dilakukan oleh dokter sebagai anggota IDI didasarkan pada kriteria tertentu, seperti:

1. Akibat yang ditimbulkan terhadap keselamatan pasien.
2. Akibat yang ditimbulkan terhadap kehormatan profesi.
3. Akibat yang ditimbulkan terhadap kepentingan umum.
4. Itikad baik terkadu dalam turut menyelesaikan masalah.
5. Motivasi yang mendasarkan timbulnya masalah atau kasus.
6. Situasi lingkungan yang mendasari timbulnya kasus.
7. Pendapat dan pandangan Biro Hukum dan Pembelaan Anggota (BHP2A) (Darwin, 2014).

2.1.4 Kode Etik Rumah Sakit Indonesia

KODERSI memuat rangkaian nilai-nilai dan norma-norma moral perumahsakitannya Indonesia untuk dijadikan pedoman dan pegangan bagi setiap insan yang terlibat dalam penyelenggaraan dan pengelolaan rumah sakit di Indonesia. KODERSI merupakan kewajiban moral yang harus ditaati oleh setiap rumah sakit di Indonesia agar tercapai pelayanan rumah sakit yang baik, bermutu, profesional dan sesuai dengan norma dan nilai-nilai luhur profesi kedokteran serta rumah sakit sebagai cermin pemantul moral masyarakat. Pedoman Tata Laksana Penegakan KODERSI yang merupakan pasangan dari KODERSI akan menjadi acuan praktis dalam menangani kasus dugaan pelanggaran ERS yang akan menitikberatkan pada pembinaan terhadap rumah sakit yang diadakan sebagaimana Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga PERSI. Dengan adanya KODERSI dan Pedoman Tata Laksana Penegakannya diharapkan menjamin pelayanan perumahsakitannya di Indonesia yang lebih baik, lebih profesional dan lebih etis sehingga rumah sakit di Indonesia mampu mengemban fungsi luhur dalam meningkatkan derajat kesehatan dan kesejahteraan rakyat Indonesia (Purwadianto, 2022).

2.1.5 Pengertian Hukum Kedokteran

Hukum kedokteran merupakan bagian inti atau bagian terpenting dari hukum kesehatan. Di Indonesia hukum kesehatan mengatur hubungan hukum dalam pelayanan kesehatan, dan lebih spesifik lagi hukum kesehatan mengatur antara pelayanan kesehatan dokter, rumah sakit, puskesmas, dan tenaga-tenaga kesehatan lain dengan pasien. Karena merupakan hak dasar yang harus dipenuhi, maka dilakukan pengaturan hukum kesehatan, yang di Indonesia dibuat suatu aturan tentang hukum tersebut, yaitu dengan disahkannya Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Hukum Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Undang-undang No mor 36 Tahun 2009 tentang

Kesehatan. Hukum kesehatan di Indonesia diharapkan lebih lentur (*fleksibel*) dan dapat mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang kedokteran (Hartiningsih, 2020).

Salah satu tujuan dari hukum, peraturan, deklarasi ataupun kode etik kesehatan adalah untuk melindungi kepentingan pasien disamping mengembangkan kualitas profesi dokter atau tenaga kesehatan. Keresasian antara kepentingan pasien dan kepentingan tenaga kesehatan merupakan salah satu penunjang keberhasilan pembangunan sistem kesehatan. Oleh karena itu hukum kesehatan yang mengatur pelayanan kesehatan terhadap pasien sangat erat hubungannya dengan masalah-masalah yang akan timbul diantara hubungan perikatan antara dokter dan pasien, dan atau kelalaian serta kesalahan yang dilakukan oleh dokter, yang berakibat hukum entah itu hukum perdata maupun pidana. Hukum kesehatan pada saat ini dapat dibagi menjadi 2 (dua) bagian, yaitu hukum kesehatan publik (*public health law*) dan hukum kedokteran (*medical law*). Hukum kesehatan publik lebih menitikberatkan pada pelayanan kesehatan masyarakat atau mencakup pelayanan kesehatan rumah sakit, sedangkan untuk hukum kedokteran, lebih memilih atau mengatur tentang pelayanan kesehatan pada individual, termasuk pengaturan tentang hubungan dokter dengan pasien, dokter dengan rumah sakit, dan rumah sakit dengan pasien (Hidana et al., 2020).

Dokter sebagai subjek hukum pengembang hak dan kewajiban harus bertanggung jawab dalam melakukan suatu tindakan. Tindakan atau perbuatan dokter sebagai subjek hukum dalam masyarakat dibedakan menjadi dua, yaitu tindakan yang tidak berkaitan dengan profesinya dan tindakan yang berhubungan dengan profesinya sebagai dokter. Tindakan dokter yang memiliki tanggung jawab hukum adalah yang berkaitan dengan pelaksanaan profesinya (Isfandyarie & Afandi, 2006).

Tindakan dokter yang memiliki konsekuensi hukum yang harus dipertanggungjawabkannya meliputi dua hal (Diab, 2017):

- a. Bidang administrasi, yang aman hal ini terdapat dalam pasal 29, pasal 30, pasal 36, dan pasal 37, Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran.
- b. Ketentuan pidana, dimana perumusan pasal-pasal mengenai tanggung jawab praktik kedokteran tercantum dalam pasal 75 s/d 80, UU. No 29 Tahun 2004. Dari segi hukum, kelalaian atau kesalahan akan selalu berkaitan dengan sifat melawan hukum, suatu perbuatan yang dilakukan oleh orang yang mampu bertanggung jawab seperti halnya dokter. Tanggung jawab seorang dokter adalah melaksanakan tugas sesuai dengan keilmuan yang telah diperoleh melalui pendidikan yang berjenjang sesuai dengan kompetensi yang memenuhi standar tertentu, mendapat izin dari institusi yang berwenang, dan bekerja sesuai dengan standar profesi.

2.1.6 Pengetahuan

2.1.6.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan atau *knowledge* adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap suatu objek melalui pancaindra yang dimilikinya. Panca indra manusia guna penginderaan terhadap objek yakni penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan perabaan. Pada waktu penginderaan untuk menghasilkan pengetahuan tersebut dipengaruhi oleh intensitas perhatian dan persepsi terhadap objek. Pengetahuan seseorang sebagian besar diperoleh melalui indra pendengaran dan indra penglihatan. Pengetahuan dipengaruhi oleh faktor pendidikan formal dan sangat erat hubungannya. Diharapkan dengan pendidikan yang tinggi maka akan semakin luas pengetahuannya. Tetapi orang yang berpendidikan rendah tidak mutlak berpengetahuan rendah pula. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh dari pendidikan formal saja, tetapi juga dapat diperoleh dari pendidikan non formal. Pengetahuan akan suatu objek mengandung dua

aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini akan menentukan sikap seseorang. Semakin banyak aspek positif dan objek yang diketahui, maka akan menimbulkan sikap semakin positif terhadap objek tertentu (S. Notoatmodjo, 2014).

2.1.6.2 Tingkat Pengetahuan

Setiap orang memiliki tingkat pengetahuan yang berbeda. Secara garis besar terdapat 6 tingkat pengetahuan, yaitu:

1. Tahu (*know*)

Tahu adalah tingkatan yang paling rendah. Istilah tahu, diartikan juga sebagai *recall*, yaitu mengingat-ingat kembali memori yang telah ada sebelumnya setelah proses mengamati dan mempelajari suatu objek. Untuk mengukur orang yang tahu tentang apa yang dipelajarinya dapat menggunakan kata kerja, seperti menyebutkan, menguraikan, mengidentifikasi, menyatakan, dan sebagainya.

2. Memahami (*comprehention*)

Memahami memiliki arti bahwa orang tersebut dapat menjabarkan secara akurat tentang objek yang dipelajarinya, dan dapat menafsirkan objek tersebut secara benar. Orang yang telah memahami objek dan materi harus dapat menjelaskan secara sistematis, menyebutkan contoh, dan menyimpulkan atas objek yang dipelajarinya.

3. Aplikasi (*application*)

Orang yang telah memahami objek yang dimaksud, maka harus dapat mengaplikasikan atau mengolah pengetahuan yang telah didapatkan untuk diterapkan pada masyarakat umum. Aplikasi juga diartikan sebagai penggunaan hukum, rumus, metode, prinsip, rencana program dalam situasi yang lain.

4. Analisis (*analysis*)

Analisis merupakan kemampuan seseorang dalam memaparkan atau memisahkan, kemudian mencari keterkaitan antara elemen-elemen dalam suatu objek atau masalah yang diketahui. Seseorang yang telah sampai di tingkat analisis dapat membedakan, memisahkan, mengelompokkan, membuat bagan (diagram) terhadap pengetahuan objek tersebut.

5. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis merupakan kemampuan seseorang dalam merangkum atau meletakkan suatu hubungan yang logis dari komponen pengetahuan yang sudah dimilikinya. Dengan sinonim sintesis merupakan suatu keahlian menata formulasi yang lama membentuk formulasi yang lebih aktual.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi adalah keahlian untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek tertentu berdasarkan parameter yang ditetapkan sendiri.

(S. Notoatmodjo, 2014).

2.1.6.3 Sumber Pengetahuan

Pengetahuan diperoleh melalui proses kognitif, dimana seseorang harus mengerti atau mengenali terlebih dahulu suatu ilmu pengetahuan agar dapat mengetahui pengetahuan tersebut. Ada enam hal penting sebagai alat untuk mengetahui terjadinya pengetahuan, enam hal itu antara lain :

1. Pengalaman Inderawi (*Sense-experience*)

Pengalaman inderawi dilihat sebagai sarana paling vital dalam memperoleh pengetahuan. Justru melalui indera-indera kita dapat berhubungan dengan berbagai macam objek di luar kita. Kesalahan bisa terjadi kalau ada ketidakharmonisan dalam semua peralatan inderawi.

2. Penalaran (*Reasoning*)

Penalaran merupakan karya akal yang menggabungkan dua pemikiran atau lebih untuk memperoleh pengetahuan baru. Untuk itu amat perlu didalami asas-asas pemikiran seperti: *principium identitatis* atau asas kesamaan dalam arti sesuatu itu mesti sama dengan dirinya sendiri. *Principium contradictionis* atau asas pertentangan. Apabila dua pendapat bertentangan, tidak mungkin keduanya benar dalam waktu yang bersamaan, atau pada subjek yang sama tidak mungkin terdapat dua predikat yang bertentangan pada satu waktu. Dan *principium tertii exclusi* (asas tidak ada kemungkinan ketiga). Pada dua pendapat yang berlawanan tidak mungkin keduanya benar dan salah. Kebenaran hanya terdapat pada satu di antara keduanya dan tidak perlu ada pendapat atau kemungkinan ketiga. Pengetahuan Rasional (*Rational Knowledge*) merupakan pengetahuan yang diperoleh dengan latihan rasio atau akal semata, tidak disertai dengan observasi terhadap peristiwa-peristiwa faktual. Contohnya adalah panas diukur dengan derajat panas, berat diukur dengan timbangan dan jauh diukur dengan materan.

3. Otoritas (*Authority*)

Otoritas adalah kewibawaan atau kekuasaan yang sah yang dimiliki seseorang dan diakui oleh kelompoknya. Ia dilihat sebagai salah satu sumber pengetahuan karena kelompoknya memiliki pengetahuan melalui seseorang yang memiliki kewibawaan dalam pengetahuannya. Karena itu pengetahuan ini tidak perlu diuji lagi karena kewibawaan orang.

4. Intuisi (*Intuition*)

Intuisi merupakan kemampuan yang ada dalam diri manusia (proses kejiwaan) untuk menangkap sesuatu atau membuat pernyataan berupa pengetahuan. Pengetahuan Intuitif tidak dapat dibuktikan seketika atau lewat kenyataan karena tidak

ada pengetahuan yang mendahuluinya. Lawan dari pengetahuan intuitif adalah pengetahuan diskursif. Pengetahuan ini tidak diperoleh secara langsung dan sekonyong-konyong, tetapi tergantung pada banyak aspek lain. Dengan kata lain saya sampai pada pengetahuan karena sekian banyak mediasi yang sudah saya lewati. Pengetahuan Intuitif (*Intuitive Knowledge*) diperoleh manusia dari dalam dirinya sendiri, pada saat dia menghayati sesuatu. Untuk memperoleh intuitif yang tinggi, manusia harus berusaha melalui pemikiran dan perenungan yang konsisten terhadap suatu objek tertentu. Intuitif secara umum merupakan metode untuk memperoleh pengetahuan tidak berdasarkan penalaran rasio, pengalaman, dan pengamatan indera. Misalnya, pembahasan tentang keadilan. Pengertian adil akan berbeda tergantung akal manusia yang memahami. Adil mempunyai banyak definisi, disinilah intuisi berperan.

5. Wahyu (*Relation*)

Wahyu adalah pengetahuan yang diperoleh dari ilahi lewat para nabi dan utusan-Nya demi kepentingan umat-Nya. Dasar pengetahuan adalah kepercayaan akan sesuatu yang disampaikan oleh sumber wahyu itu sendiri. Dari kepercayaan ini muncul lah apa yang disebut keyakinan. Pengetahuan Wahyu (*Revealed Knowledge*) diperoleh manusia atas dasar wahyu yang diberikan oleh tuhan kepadanya. Pengetahuan wahyu bersifat eksternal, artinya pengetahuan tersebut berasal dari luar manusia. Pengetahuan wahyu lebih banyak menekankan pada kepercayaan.

6. Keyakinan (*faith*)

Kepercayaan menghasilkan apa yang disebut iman atau keyakinan. Keyakinan itu mendasarkan diri pada ajaran-ajaran agama yang diungkapkan lewat norma-norma dan aturan-aturan agama. Keyakinan juga dilihat sebagai kemampuan kejiwaan yang merupakan pematangan dari kepercayaan. Kepercayaan

pada umumnya bersifat dinamis dan mampu menyesuaikan diri dengan konteks, padahal keyakinan pada umumnya bersifat statis. (Kebung, 2011).

2.1.6.4 Metode Memperoleh Pengetahuan

Antara satu individu dengan individu yang lain memiliki metode masing-masing untuk mendapatkan pengetahuan yang bermanfaat. Beberapa metode yang dilakukan untuk memperoleh pengetahuan dapat diklasifikasikan menjadi :

1. *Rasionalisme*

Rasionalisme adalah aliran berpikir yang berpendapat bahwa pengetahuan yang benar mengandalkan akal dan ini menjadi dasar pengetahuan ilmiah. Mereka memandang rendah pengetahuan yang diperoleh melalui indera bukan dalam arti menolak nilai pengalaman dan melihat pengalaman sebagai perangsang bagi akal atau pikiran. Kebenaran dan kesesatan ada dalam pikiran kita dan bukannya pada barang yang dapat diserap oleh indera kita.

2. *Empirisme*

Bagi filsuf empiris, sumber pengetahuan satu-satunya adalah pengalaman dan pengamatan inderawi. Data dan fakta yang ditangkap oleh panca indera manusia adalah sumber pengetahuan. Semua ide yang benar datang dari fakta ini. Sebab itu semua pengetahuan manusia bersifat empiris.

3. *Kritisisme*

Tiga macam pengetahuan, pertama, pengetahuan analitis, dimana predikat sudah termuat dalam subyek atau predikat diketahui melalui dua analisis subyek. Misalnya, lingkaran itu bulat. Kedua, pengetahuan sintesis posteriori, dalam mana predikat dihubungkan dengan subjek berdasarkan pengalaman

inderawi. Sebagai missal, hari ini sudah hujan, merupakan suatu hasil pengamatan inderawi.

4. *Positivisme*

Positivisme selalu berpangkal pada apa yang telah diketahui, yang faktual dan positif. Semua yang diketahui secara positif adalah semua gejala atau sesuatu yang tampak, karena itu mereka menolak metafisika. Yang paling penting adalah pengetahuan tentang kenyataan dan menyelidiki hubungan-hubungan antar kenyataan untuk bisa memprediksi apa yang akan terjadi di kemudian hari, dan bukannya mempelejarai hakikat atau makna dari semua kenyataan itu. Tokoh utama *positivism* adalah August Comte. Ia membagi perkembangan pemikiran manusia dalam tiga tahap, yaitu tahap teologis, tahap metafisis, dan tahap ilmiah (positif) (Timotius, 2017).

2.1.6.5 Proses Perilaku Tahu

Proses perilaku tahu, disebut juga proses adopsi perilaku, yaitu beberapa proses yang terjadi sebelum seseorang mengadopsi perilaku baru, di antaranya:

1. Kesadaran (*awareness*) adalah individu tersebut telah menyadari adanya stimulus (*objek*) yang datang padanya.
2. Tertarik (*interest*), yaitu individu tersebut merasa tertarik kepada stimulus.
3. Evaluation, yakni individu tersebut merasa tertarik kepada stimulus.
4. Percobaan (*trial*), yaitu individu tersebut mulai mencoba perilaku baru.

Pengangkatan (*adoption*) adalah subjek sudah memiliki perilaku baru dengan pengetahuan, kesadaran, dan sikapnya terhadap stimulus (S. Notoatmodjo, 2014).

2.1.6.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Sudarminta J. dalam (Rahmawati, 2019), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah ingatan, kesaksian, minat, rasa ingin tahu, pikiran dan penalaran, logika, bahasa, dan kebutuhan manusia. Sedangkan (S. Notoatmodjo, 2014) berpendapat bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu:

1. Pendidikan

Pendidikan sangat berpengaruh terhadap pengetahuan yang dimiliki seseorang. Semakin tinggi strata pendidikan seseorang makin mudah orang tersebut menerima hal-hal baru dan mudah menyesuaikan dengan hal baru tersebut.

2. Umur

Umur mempengaruhi tingkat kompetensi dan kematangan seseorang dalam berpikir dan bekerja. Semakin dewasa seseorang, tingkat kemandiriannya dalam bekerja meningkat serta berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik.

3. Pengalaman

Pengalaman adalah salah satu contoh media untuk pembuktian teori kebenaran dari suatu pengetahuan, sehingga pengalaman dapat dijadikan bahan sumber pengetahuan.

4. Media Massa (informasi)

Informasi yang diperoleh dari pendidikan nonformal ataupun formal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*) terhadap perubahan atau peningkatan pengetahuan. Adanya informasi baru mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut.

5. Lingkungan

Lingkungan sekitar (baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial) berpengaruh terhadap proses masuknya

pengetahuan ke dalam diri seseorang yang berada dalam lingkungan tersebut.

6. Sosial Budaya dan Ekonomi

Sistem sosial budaya pada masyarakat dapat memberikan pengaruh dari sikap dalam menerima informasi. Status ekonomi akan mempengaruhi pengetahuan seseorang, hal ini berkaitan dengan ketersediaan fasilitas yang diperlukan untuk mendapatkan informasi tertentu.

2.1.6.7 Pengukuran Pengetahuan

Arikunto dalam (Rahmawati, 2019), berpendapat bahwa interpretasi dari pengetahuan dapat dibedakan menjadi tiga kategori, yaitu:

1. Baik, jika responden mampu menjawab dengan benar 76-100% dari jumlah pertanyaan.
2. Cukup, jika responden mampu menjawab dengan benar 56-75% dari jumlah pertanyaan.
3. Kurang, jika responden mampu menjawab dengan benar < 56% dari jumlah pertanyaan.

2.1.7 Keselamatan Pasien

2.1.7.1 Pengertian Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien merupakan salah satu nilai untuk menjamin berlangsungnya pelayanan kesehatan yang paripurna di rumah sakit. Keselamatan pasien sebagai pelayanan yang tidak menyakiti pasien maupun sistem perawatan pasien di rumah sakit yang lebih aman. Pengukuran resiko, pengenalan dan pengelolaan kesehatan pasien, pencatatan dan pengukuran kasus, pembelajaran kasus dan tindakan serta solusi implementasi untuk mengurangi resiko (Depkes RI, 2008).

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS), *patient safety* adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan

pasien lebih aman. Hal ini termasuk *assessment* resiko identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien dan pelaporan dan analisis insiden. Sistem ini mencegah terjadinya cedera yang disebabkan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Keselamatan pasien dapat diartikan sebagai sebuah sistem yang di dalamnya meliputi identifikasi, penilaian, dan pengolahan risiko, tindak lanjut dan cara mempelajari insiden tersebut, dan memberikan solusi demi meminimalisasi risiko dan mencegah terjadinya kondisi pasien yang bersifat *iatrogenic* (akibat dari tindakan medis atau perawatan) maupun akibat dari malpraktek yang dilakukan oleh dokter. Tujuan dari sistem tersebut ialah untuk menjamin keamanan dari tindakan yang diberikan dokter kepada. Insiden keselamatan merupakan kejadian yang tidak disengaja akan tetapi dapat berpotensi cedera, akan tetapi hal tersebut seharusnya dapat dicegah (Ulrich & Kear, 2014).

2.1.7.2 Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan keselamatan pasien di rumah sakit menurut meliputi terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit, meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat, menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit, dan terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

Menurut Institute of Medicine (IOM) (2008) Tujuan keselamatan pasien ini diantaranya pasien aman (terhindar dari cedera), pelayanan menjadi lebih efektif dengan adanya bukti yang kuat terhadap terapi yang perlu atau tidak perlu diberikan ke pasien, berfokus pada nilai dan kebutuhan pasien, pengurangan waktu tunggu pasien dalam menerima pelayanan dan efisien dalam penggunaan sumber-sumber yang ada (Hadi, 2017).

2.1.7.3 Jenis Insiden Keselamatan Pasien

Jenis insiden dapat dibagi sebagai berikut:

1. Kejadian tidak diharapkan (KTD) Suatu kejadian yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan atau karena tidak bertindak, bukan karena *underlying disease* atau kondisi pasien.
2. Kejadian nyaris cedera (KNC) Suatu Insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien.
3. Kejadian tidak cedera (KTC) Insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena keberuntungan.
4. Kondisi potensial cedera (KPC) Kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
5. Kejadian sentinel Suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius (KKPRS, 2015).

2.1.7.4 Standar Keselamatan Pasien

Standar keselamatan pasien yang menjadi pedoman bagi rumah sakit di Indonesia untuk menjalankan aktivitasnya. Standar keselamatan pasien rumah sakit ini mengacu pada "*Hospital Patient Safety Standards*" yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations, Illinois*, pada tahun 2002, yang telah disesuaikan dengan kondisi rumah sakit di Indonesia. Terdapat tujuh standar keselamatan pasien yang meliputi:

1. Hak pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya KTD. Kriterianya adalah sebagai berikut:

- a. Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan.

- b. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan.
- c. Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya KTD.

2. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Kriterianya adalah keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien sebagai partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di rumah sakit harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pelayanan. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat:

- a. Memberikan info yang benar, jelas, lengkap dan jujur,
- b. Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab,
- c. Mengajukan pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti,
- d. Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan,
- e. Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan rumah sakit,
- f. Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa,
- g. Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati.

3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan, dengan kriteri sebagai berikut:

- a. Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis,

perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari rumah sakit.

- b. Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi antar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
 - c. Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan sosial, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindak lanjut lainnya.
 - d. Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.
4. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Rumah sakit harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memantau dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, analisis data secara intensif Kejadian Tidak Diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien, dengan kriteria berikut :

- a. Setiap rumah sakit harus melakukan proses perancangan yang baik, mengacu pada visi, misi dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan factor-faktor yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit”.
- b. Setiap rumah sakit harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan: pelaporan insiden,

akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.

- c. Setiap rumah sakit harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan Kejadian Tidak Diharapkan, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus resiko tinggi.
- d. Setiap rumah sakit harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan system yang diperlukan agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.

5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Peran pimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien adalah sebagai berikut:

- a. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegritas dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
- b. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi KTD.
- c. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
- d. Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
- e. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan, dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan

dengan keselamatan pasien secara jelas. Rumah sakit menyelenggarakan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisiplin dalam pelayanan pasien. Dengan kriteria : setiap rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topik keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing-masing. Setiap rumah sakit harus mengintegrasikan topik keselamatan pasien dalam setiap kegiatan *inservice training* dan memberi pedoman yang jelas tentang pelaporan insiden. Setiap rumah sakit harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan inter-disiplin dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien.

7. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat. Dengan kriterianya : perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal-hal terkait dengan keselamatan pasien. Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada (Ismainar, 2015).

2.1.7.5 Sasaran Keselamatan Pasien

Setiap rumah sakit wajib mengupayakan pemenuhan sasaran keselamatan pasien. Sasaran keselamatan pasien meliputi tercapainya hal-hal sebagai berikut ketepatan identifikasi pasien, peningkatan komunikasi yang efektif, peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai, kepastian tepat lokasi, tepat prosedur,

tepat pasien operasi, pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan dan pengurangan risiko pasien jatuh.

1. Ketepatan Identifikasi Pasien

Elemen ketepatan identifikasi pasien sebagai berikut;

- a. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien (nama pasien, nomor rekam medis, tanggal lahir, gelang identitas pasien dengan bar-code), tidak oleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- b. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
- c. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
- d. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/ prosedur.
- e. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

2. Peningkatan Komunikasi yang Efektif

Elemen peningkatan komunikasi yang efektif sebagai berikut:

- a. Perintah lengkap secara lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.
- b. Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
- c. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan.

- d. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.
3. Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai (*High-Alert*)

Elemen peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai sebagai berikut;

- a. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi menetapkan lokasi pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
 - b. Implementasi kebijakan dan prosedur.
 - c. Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut sesuai kebijakan.
 - d. Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (*restricted*).
4. Kepastian Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, Dan Tepat-Pasien Operasi Elemen kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, dan tepat-pasien operasi sebagai berikut:
 - a. Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
 - b. Rumah sakit menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.

- c. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur "sebelum insisi/ *time-out*" tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/ tindakan pembedahan.
 - d. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.
5. Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan
- Elemen pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan sebagai berikut:
- a. Rumah sakit mengadopsi atau mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru diterbitkan dan sudah diterima secara umum.
 - b. Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
 - c. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
6. Pengurangan Risiko Pasien Jatuh
- Elemen pengurangan risiko pasien jatuh sebagai berikut:
- a. Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan, dan lain-lain.
 - b. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh.

Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari kejadian tidak diharapkan (PERMENKES NO 11, 2017).

2.1.7.6 Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Sangat penting bagi staf fasilitas pelayanan kesehatan untuk dapat menilai kemajuan yang telah dicapai dalam memberikan asuhan yang lebih aman. Melaksanakan tujuh langkah keselamatan pasien akan membantu memastikan bahwa asuhan yang diberikan seaman mungkin dan jika terjadi suatu hal yang tidak benar bisa segera diambil tindakan yang tepat. Langkah langkah menuju keselamatan pasien dirumah sakit sebagai berikut.:

1. Bangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien

Segala upaya harus dikerahkan di fasilitas pelayanan kesehatan untuk menciptakan lingkungan yang terbuka dan tidak menyalahkan sehingga aman untuk melakukan pelaporan. Ciptakan budaya adil dan terbuka dalam melakukan pelayanan kesehatan.

Untuk tingkat fasilitas pelayanan kesehatan :

- a. Pastikan ada kebijakan yang menyatakan apa yang harus dilakukan oleh staf apabila terjadi insiden, bagaimana dilakukan investigasi dan dukungan apa yang harus diberikan kepada pasien, keluarga, dan staf.
- b. Pastikan dalam kebijakan tersebut ada kejelasan tentang peran individu dan akuntabilitasnya bila terjadi insiden.
- c. Lakukan survei budaya keselamatan untuk menilai budaya pelaporan dan pembelajaran di fasilitas pelayanan kesehatan.

Untuk tingkat unit/ pelaksana :

- a. Pastikan teman merasa mampu berbicara tentang pendapatnya dan membuat laporan apabila terjadi insiden.
- b. Tunjukkan kepada tim tindakan-tindakan yang sudah dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan menindak lanjuti laporan tersebut secara adil guna pembelajaran dan pengambilan keputusan yang tepat.

2. Pimpin dan dukung staf

Tegakkan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien diseluruh fasilitas pelayanan kesehatan. Membangun budaya keselamatan sangat tergantung kepada kepemimpinan yang kuat dan kemampuan organisasi mendengarkan pendapat seluruh anggota.

Untuk tingkat fasilitas pelayanan kesehatan :

- a. Pastikan ada anggota eksekutif yang bertanggung jawab tentang keselamatan pasien.
- b. Tunjuk penggerak/ champion keselamatan pasien tiap unit.
- c. Tempatkan keselamatan pasien dalam agenda pertemuan pada tingkat manajemen dan unit.
- d. Masukkan keselamatan pasien dalam program pelatihan bagi staf dan pastikan ada pengukuran terhadap efektifitas pelatihan tersebut.

Untuk tingkat unit/ pelaksana :

- a. Calonkan penggerak/ champion untuk keselamatan pasien.
- b. Jelaskan pentingnya keselamatan pasien kepada anggota unit.
- c. Tumbuhkan etos kerja dilingkungan tim sehingga staf merasa dihargai dan merasa mampu berbicara apabila mereka berpendapat bahwa insiden bisa terjadi.

3. Integrasikan kegiatan manajemen risiko

Sistem manajemen risiko akan membantu fasilitas pelayanan kesehatan mengelola insiden secara efektif dan mencegah kejadian berulang kembali. Sistem manajemen risiko harus didukung oleh strategi manajemen risiko fasilitas pelayanan kesehatan yang mencakup program asesmen risiko secara pro-aktif dan risiko register.

Untuk tingkat fasilitas pelayanan kesehatan :

- a. Pelajari kembali struktur dan proses untuk pengelolaan risiko klinis dan non klinis, dan pastikan hal ini sudah terintegrasi dengan keselamatan pasien dan staf komplain dan risiko keuangan serta lingkungan.
- b. Kembangkan indikator kinerja untuk sistem manajemen risiko sehingga dapat dimonitor oleh pimpinan.
- c. Gunakan informasi yang diperoleh dari system pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk perbaikan pelayanan pasien secara pro-aktif.

Untuk tingkat unit. Pelaksana:

- a. Giatkan forum diskusi tentang isu manajemen risiko dan keselamatan pasien, berikan feedback kepada manajemen.
- b. Lakukan asesmen risiko pasien secara individual sebelum dilakukan tindakan.
- c. Lakukan proses asesmen risiko secara regular untuk tiap jenis risiko dan lakukan tindakan yang tepat untuk meminimalisasinya.
- d. Pastikan asesmen risiko yang ada di unit masuk kedalam proses asesmen risiko di tingkat organisasi dan risiko register.

4. Bangun sistem pelaporan

Sistem pelaporan sangat vital di dalam pengumpulan informasi sebagai dasar analisa dan penyampaian rekomendasi.

Untuk tingkat fasilitas pelayanan kesehatan:

- a. Bangun dan implementasikan sistem pelaporan yang menjelaskan bagaimana dan cara fasilitas pelayanan kesehatan melaporkan insiden secara rasional ke Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP).

Untuk tingkat unit/ pelaksana:

- a. Dorong kolega untuk aktif melaporkan insiden keselamatan pasien baik yang sudah terjadi maupun yang sudah dicegah tetapi bisa berdampak penting untuk pembelajaran.
5. Libatkan dan berkomunikasi dengan pasien dan masyarakat

Peran aktif dalam proses asuhannya harus diperkenalkan dan didorong. Pasien memainkan peranan kunci dalam membantu penegakan diagnosa yang akurat, dalam memutuskan tindakan pengobatan yang tepat, dalam memilih fasilitas yang aman dan berpengalaman, dan dalam mengidentifikasi kejadian tidak diharapkan serta mengambil tindakan yang tepat. Kembangkan cara komunikasi terbuka dan mendengarkan pasien.

Untuk tingkat fasilitas pelayanan kesehatan:

- a. Kembangkan kebijakan yang mencakup komunikasi terbuka dengan pasien dan keluarganya tentang insiden yang terjadi.
- b. Pastikan pasien dan keluarganya mendapatkan informasi apabila terjadi insiden dan pasien mengalami cedera sebagai akibatnya.
- c. Berikan dukungan kepada staf, lakukan pelatihan dan dorongan agar mereka mampu melaksanakan keterbukaan kepada pasien dan keluarganya.

Untuk tingkat unit/ pelaksana :

- a. Pastikan anggota tim menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya secara aktif waktu terjadi insiden.
- b. Prioritaskan kebutuhan untuk memberikan informasi kepada pasien dan keluarga waktu terjadi insiden, dan berikan informasi yang jelas, akurat dan tepat waktu.
- c. Pastikan pasien dan keluarganya menerima pernyataan maaf atau rasa keprihatinan dan lakukan dengan cara terhormat dan simpatik.

6. Belajar dan berbagi tentang pembelajaran keselamatan

Jika terjadi insiden keselamatan pasien, isu yang penting bukan siapa yang harus disalahkan tetapi bagaimana dan mengapa insiden terjadi.

Untuk tingkat fasilitas pelayanan kesehatan :

- a. Yakinkan staf yang sudah terlatih melakukan investigasi insiden secara tepat sehingga bisa mengidentifikasi akar masalahnya.
- b. Kembangkan kebijakan yang mencakup kriteria kapan fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan (RCA).

Untuk tingkat unit/ pelaksana :

- a. Lakukan pembelajaran di dalam lingkungan unit dari analisa insiden keselamatan pasien.
- b. Identifikasi unit lain yang kemungkinan terkena dampak dan berbagilah proses pembelajaran secara luas.

7. Implementasikan solusi-solusi untuk mencegah cedera

Pembelajaran lewat perubahan-perubahan didalam praktik, proses atau sistem. Untuk sistem yang sangat kompleks seperti fasilitas pelayanan kesehatan untuk mencapai hal-hal diatas dibutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama.

Untuk tingkat fasilitas pelayanan kesehatan:

- a. Gunakan informasi yang berasal dari sistem pelaporan insiden, asesmen risiko, investigasi insiden, audit, dan analisa untuk menetapkan solusi di fasilitas pelayanan kesehatan.
- b. Lakukan asesmen tentang risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan.
- c. Monitor dampak dari perubahan tersebut.
- d. Implementasikan solusi yang sudah dikembangkan eksternal. Hal ini termasuk solusi yang dikembangkan oleh

KNKP atau *Best Practice* yang sudah dikembangkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan.

Untuk tingkat unit/ pelaksana:

- a. Libatkan tim dalam pengembangan cara agar asuhan pasien lebih baik dan lebih aman.
- b. Kaji ulang perubahan yang sudah dibuat dengan tim untuk memastikan keberlanjutannya.
- c. Pastikan tim menerima *feedback* pada setiap *followup* dalam pelaporan insiden.

(Hutasoit, 2019).

2.1.7.7 Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Keselamatan Pasien

Pelaksanaan keselamatan pasien sering mengalami kesalahan. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa faktor. Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan keselamatan pasien yaitu faktor organisasi dan manajemen. Faktor-faktor tersebut adalah: budaya keselamatan, manajer/pemimpin, komunikasi, petugas kesehatan, kerja sama/*team work*, stres, kelelahan, dan lingkungan kerja.

1. Budaya keselamatan

Budaya keselamatan merupakan nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku berkomitmen untuk mendukung manajemen dan program keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien dasarnya mencerminkan sikap dan nilai pelaksana yang terkait dengan pengelolaan manajemen dan risiko keselamatan. Dimensi budaya keselamatan organisasi mencakup komitmen manajemen terhadap keselamatan, praktik kerja yang berkaitan dengan keselamatan, kepatuhan terhadap peraturan keselamatan, risiko manajemen, pelaporan kesalahan dan insiden. Budaya keselamatan telah menjadi masalah yang signifikan bagi organisasi kesehatan berusaha untuk meningkatkan keselamatan pasien. Organisasi

perlu mengubah budaya karyawan untuk mudah untuk melakukan hal yang benar dan tidak melakukan kesalahan dalam perawatan pasien. *Institute of medicine* menyatakan, kesehatan organisasi perawatan harus mengembangkan budaya keselamatan sehingga proses desain organisasi dan tenaga kerja yang difokuskan pada tujuan yang jelas, peningkatan kompetensi dan proses keamanan perawatan.

2. Manajer/pemimpin

Manajer/pemimpin mempunyai kemampuan untuk mempengaruhi orang terhadap pencapaian tujuan organisasi. Para manajer bertanggung jawab menjalankan kebijakan dan prosedur yang telah dibuat dan telah disepakati bersama terkait dengan keselamatan pasien di tingkat unit pelayanan masing-masing dan memegang peranan pada setiap tingkat manajemen, mulai dari manajer bawah (kepala ruang), manajer menengah dan top manajer.

Manajer/pemimpin memainkan peran penting dalam mengembangkan program keselamatan pasien. Manajer memimpin perubahan dan bertanggung jawab untuk menetapkan arah bagi suatu unit yang dipimpinnya. Manajer/pemimpin berkomitmen dan memberikan contoh yang dinyatakan dalam tindakan untuk keberhasilan program keselamatan pasien. Manajer tingkat menengah dan atas harus menunjukkan komitmen terhadap keselamatan pasien dengan cara mengunjungi ruang rawat secara periodik, sehingga mempengaruhi budaya keselamatan para perawat pelaksana. Manajer tingkat bawah (kepala ruangan) sebagai manajer di ruang rawat mempunyai peran yang sangat penting, salah satunya adalah membuat perencanaan ruangan. Perencanaan merupakan tahap yang sangat penting dan menjadi prioritas di antara fungsi manajemen yang

lain. Tanpa perencanaan yang adekuat, proses manajemen akan mengalami kegagalan.

3. Komunikasi

Komunikasi sangat penting untuk efisiensi kerja dan untuk koordinasi antara pelaksana, tim dan manajer. Komunikasi dalam organisasi biasanya digambarkan sebagai satu arah (misalnya dalam instruksi tertulis) atau dua arah (percakapan misalnya dengan telepon). Perbedaan utama antara satu dan komunikasi dua arah adalah bahwa dua arah memberikan umpan balik yang memungkinkan pengirim dan penerima untuk memastikan bahwa arti dalam informasi tersebut telah dipahami. Masalah komunikasi dapat dikategorikan sebagai kegagalan sistem, pesan dan penerimaan, dapat menyebabkan kesalahan yang dapat terjadi sebagai individu gagal untuk menerima atau untuk menyampaikan informasi atau berkomunikasi.

4. Petugas Kesehatan

Petugas kesehatan memiliki kemampuan untuk peduli dan perhatian bagi keselamatan pasien. Terkait dengan keselamatan pasien yang paling mudah dilakukan oleh petugas kesehatan adalah menjaga kebersihan tangan, untuk membatasi penularan patogen. Kepatuhan menjaga kebersihan tangan merupakan perubahan perilaku yang mendasar bagi petugas kesehatan. Karakteristik petugas dan individu mempengaruhi perilaku yang bekerja dengan cara yang dapat mempengaruhi kesehatan dan keselamatan yaitu umur dan tingkat perkembangan. Seseorang akan belajar untuk menjaga diri terhadap kemungkinan bahaya melalui proses belajar dan pengalaman yang didapat dalam lingkungan. Kemampuan untuk mengenali dan mencegah bahaya seiring dengan penambahan usia dan tingkat perkembangannya. (Hadi, 2017).

2.1.7.8 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Rumah sakit harus melaporkan segera setiap insiden yang terjadi, oleh karena itu rumah sakit harus mempunyai pedoman yang jelas tentang mekanisme pelaporan insiden. Sistem pelaporan insiden meliputi kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan dan prosedur pelaporan. Format pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dapat digunakan oleh setiap rumah sakit. Laporan berisi tentang insiden, lokasi, kronologis, waktu dan akibat kejadian, serta analisis akar masalah *near miss*, KTD, atau kejadian sentinel. Pelaporan IKP dilakukan secara:

1. Internal Alur Pelaporan Insiden Kepada Tim Keselamatan Pasien di Rumah Sakit (Internal).
 - a. Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD/KTC/KPC) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah dan ditangani) untuk mengurangi dampak akibat yang tidak diharapkan.
 - b. Setelah ditindaklanjuti, segera membuat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja kepada Atasan langsung. (Paling lambat 2 x 24 jam); diharapkan jangan menunda laporan.
 - c. Setelah selesai mengisi laporan, segera menyerahkan kepada Atasan langsung pelapor. (Atasan langsung disepakati sesuai keputusan Manajemen : Supervisor/Kepala Bagian/ Instalasi/ Departemen / Unit).
 - d. Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan.
 - e. Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut :
 - a) Grade biru : Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu.

- b) Grade hijau : Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu.
 - c) Grade kuning : Investigasi komprehensif/Analisis akar masalah/RCA oleh Tim KP di Rumah Sakit, waktu maksimal 45 hari.
 - d) Grade merah : Investigasi komprehensif/Analisis akar masalah / RCA oleh Tim KP di Rumah Sakit, waktu maksimal 45 hari.
- f. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KP di Ruamh Sakit .
 - g. Tim KP di Rumah Sakit akan menganalisa kembali hasil Investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan *Regrading*.
 - h. Untuk grade kuning atau merah, tim KP di Rumah Sakit akan melakukan Analisis akar masalah *Root Cause Analysis* (RCA).
 - i. Setelah melakukan RCA, Tim KP di Rumah Sakit akan membuat laporan dan Rekomendasi untuk perbaikan serta "Pembelajaran" berupa : Petunjuk "*Safety alert*" untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
 - j. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi.
 - k. Rekomendasi untuk "Perbaikan dan Pembelajaran" diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di Rumah Sakit.
 - l. Unit kerja membuat analisa kejadian di satuan kerjanya masing – masing.
 - m. Monitoring dan evaluasi perbaikan oleh Tim KP di Rumah Sakit.

2. Eksternal

Alur pelaporan insiden ke KKPRS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit) dimana laporan hasil investigasi sederhana atau analisis akar masalah yang terjadi pada pasien dan telah mendapatkan rekomendasi dan solusi oleh tim KP di rumah sakit (internal) atau pimpinan rumah sakit dikirimkan ke KKPRS dengan melakukan *entry data (e-reporting)* melalui website resmi KKPRS: www.buk.depkes.go.id. (KKPRS, 2015).



Gambar 2.1 Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

2.1.8 Hukum Dan Kodeki Tentang Keselamatan Pasien

2.1.8.1 Hubungan Kodeki Dengan Keselamatan Pasien

Hubungan dokter dengan pasien adalah hubungan luhur berdasarkan prinsip kepercayaan yang harus didukung sikap profesional. Kaidah untuk hubungan tersebut diatur dalam Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) tahun 2012. Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) adalah kumpulan norma yang dijadikan pedoman para dokter dalam berpraktik dimasyarakat. Kode etik tersebut terdiri dari prinsip umum aturan profesi serta norma fungsional untuk mempertahankan hubungan kepercayaan dokter-pasien. Selain berlandaskan norma-norma etik, etika kedokteran mengutamakan

keselamatan pasien dengan prinsip *beneficence*, *non maleficence*, *autonomy* dan *justice*. Keselamatan pasien menjadi isu penting dikarenakan banyaknya kasus *medical error* yang terjadi diberbagai negara.

Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI) secara utuh dengan memperhatikan otonomi pasien dan menghormati hak-hak pasien, memperlakukan pasien sebagai manusia yang memiliki otonomi (hak menentukan nasib sendiri), selalu berbuat baik dalam arti dokter senantiasa mengusahakan agar pasien yang dirawatnya terjaga kesehatannya (*patient welfare*), membantu dokter memilih pengobatan yang paling kecil risiko dan paling besar manfaatnya, dan senantiasa menjaga dokter berlaku adil terhadap semua pasien (Edo Rezaldy et al., 2020).

2.1.8.2 Dasar Hukum Keselamatan Pasien

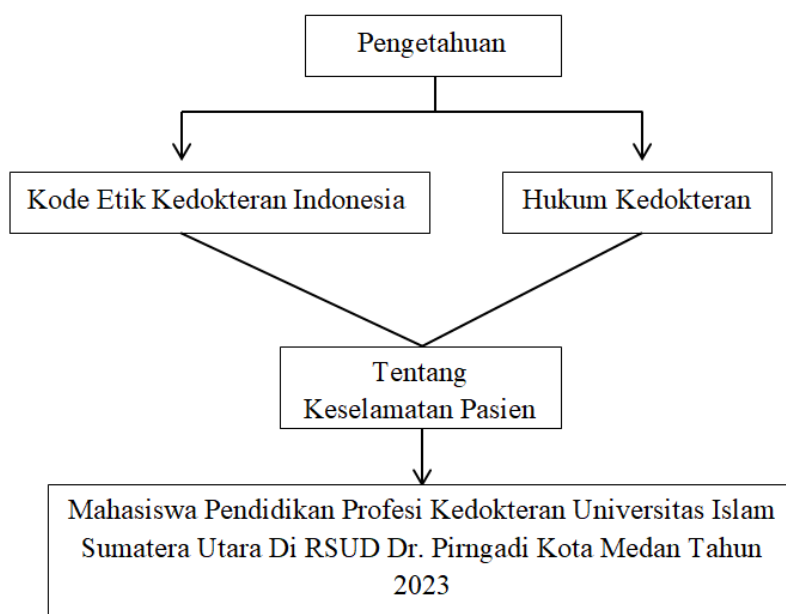
Rumah sakit sebagai pihak yang memberikan pengobatan harus lebih melindungi pasien dari tindakan yang tidak sesuai dengan ketentuan dan cenderung dapat membahayakan keselamatan pasien (*patient safety*). Pasal 1 angka 1 Peraturan Menteri Kesehatan No. 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit (selanjutnya disebut Permenkes No. 1691 Tahun 2011), menyebutkan keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Dengan demikian keselamatan pasien (*patient safety*) memiliki arti yaitu rumah sakit membuat suatu aturan yang melindungi pasien

dari tindakan medis yang tidak sesuai dan dapat membahayakan nyawa pasien itu, agar dapat membuat pasien merasa lebih nyaman dan aman dalam melakukan pengobatan di rumah sakit.

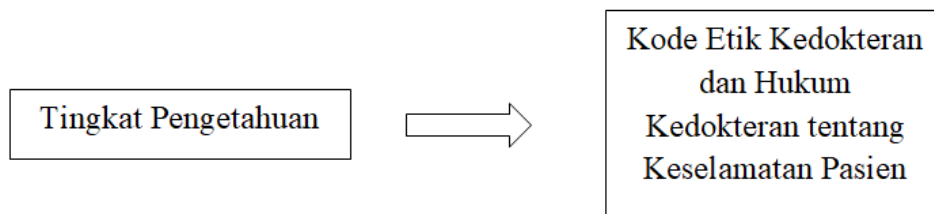
Keselamatan pasien (*patient safety*) dipandang perlu untuk dilakukan, agar dapat mencegah hal-hal yang dapat membahayakan nyawa pasien tersebut. Selain itu, dasar hukum terbentuknya keselamatan pasien ini diatur UU No. 44 Tahun 2009 yang intinya berbunyi bahwa keselamatan pasien (*patient safety*) harus selalu dilindungi oleh rumah sakit dan tenaga kesehatan yang ada didalamnya. Berdasarkan undang-undang tersebut, keselamatan pasien pun diatur secara lebih rinci dan jelas dalam Permenkes No. 1691 Tahun 2011. Hal ini menandakan bahwa rumah sakit sebagai pelayanan kesehatan harus selalu berusaha mengobati dan menjaga keselamatan pasien (*patient safety*) tersebut.

2.2 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Karangka Teori

2.3 Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep