

**TESIS**

**IDENTIFIKASI FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI  
PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN  
DI RUMAH SAKIT: A *SCOPING REVIEW***



**NOFITA TUDANG ROMBEALLO  
R012181043**

**PROGRAM PASCA SARJANA  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2022**

**IDENTIFIKASI FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI  
PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN  
DI RUMAH SAKIT: A *SCOPING REVIEW***

**TESIS**

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister Keperawatan  
Fakultas Keperawatan

Program Studi

**Magister Ilmu Keperawatan**

**NOFITA TUDANG ROMBEALLO  
R012181043**

kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2022**

TESIS

**IDENTIFIKASI FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI  
PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN  
DI RUMAH SAKIT: A SCOPING REVIEW**

Disusun dan diajukan oleh

**NOFITA TUDANG ROMBEALLO**  
**Nomor Pokok: R012181043**

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis  
Pada Tanggal 14 Juli 2022  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

**Menyetujui**

**Komisi Penasihat,**



**Dr. Takdir Tahir, S.Kep.,Ns.,M.Kes.**  
NIP.19770421 200912 1 003



**Dr. Arivanti Saleh, S.Kp.M.Si**  
NIP. 19680421 200112 2 002

Ketua Program Studi  
Magister Ilmu Keperawatan,



**Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp, M.Kes.**  
NIP. 19740422 199903 2 002



Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin,



**Dr. Arivanti Saleh, S.Kp., M.Si**  
NIP.19680421 200112 2 002

## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nofita Tudang Rombeallo  
NIM : R012181043  
Program Studi : Ilmu Keperawatan  
Jurusan : S2 Keperawatan  
Fakultas : Keperawatan Universitas Hasanuddin  
Judul : Identifikasi Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pelaporan  
Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit: *A Scoping  
Review*

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister Keperawatan baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah di tulis atau di publikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas di cantumkan sebagai acuan dalam naskah yang di sebutkan dalam daftar rujukan.

Apabila dikemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggungjawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan pengaturan yang berlaku, termasuk pencabutan gelar Magister yang telah saya peroleh.

Demikianlah surat pernyataan ini di buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun

Makassar, 15 Juli 2022

Yang membuat pernyataan,



Nofita Tudang Rombeallo

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, atas segala Limpahan Kasih dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “identifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit: a *scoping Review*. Pembuatan tesis ini merupakan salah satu syarat untuk penyelesaian studi penulis pada jenjang pendidikan Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan, Universitas Hasanuddin Makassar.

Terima kasih sebesar-besarnya dan saya persembahkan tesis ini terkhusus kepada suami dan anak tercinta, ibunda dan ayahanda serta adinda terima kasih atas segala pengorbanan, kesabaran, doa, dukungan dan bantuan yang tak ternilai hingga penulis dapat menyelesaikan studi kiranya amanah yang diberikan kepada penulis tidak tersia-siakan.

Penulis menyadari bahwa tesis ini tidak terlepas dari segala keterbatasan dan kendala, tetapi berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, baik moral maupun material sehingga dapat berjalan dengan baik. Oleh karena dengan segala kerendahan hati penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar besarnya serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Bapak **Dr. Takdir Tahir, S.Kep., Ns., M.Kes** selaku pembimbing I dan Ibu **Dr. Ariyanti Saleh., S.Kp., M.Si**, selaku Pembimbing II yang telah meluangkan waktunya memberikan petunjuk arahan dan motivasinya.

Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang tinggi kepada deretan orang-orang yang telah ikhlas membantu, pahlawan tanpa tanda jasa, Civitas Akademika Universitas Hasanuddin Makassar kepada :

1. Rektor Universitas Hasanuddin Makassar **Prof. Dr. Ir. Jamaluddin Jompa., M.Sc**, dan seluruh Wakil Rektor dalam Lingkungan Universitas Hasanuddin.
2. Ibu Dekan Fakultas Keperawatan **Dr. Ariyanti Saleh., S.Kp., M.Si**
3. **Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp.,M.Kes**, selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.

4. **Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep.,Ns.,M.Kes,** selaku penguji I atas segala saran dan masukan dalam perbaikan tesis untuk menjadi lebih baik.
5. **Prof.Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp.,M.Kes,** selaku penguji II atas segala saran dan masukan dalam perbaikan tesis untuk menjadi lebih baik.
6. **Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Si,** selaku penguji III atas segala saran dan masukan dalam perbaikan tesis untuk menjadi lebih baik.
7. Seluruh dosen Program Studi Magister Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar yang sudah memberikan ilmunya selama menempuh pendidikan di Universitas Hasanuddin Makassar.
8. Ibu Damaris P dan Ibu Nurjannah yang telah banyak membantu penulis selama menempuh pendidikan.

Semoga semua bantuan yang diberikan kepada penulis mendapat balasan dari Tuhan Yang Maha Esa. Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan penulis. Oleh karena masih jauh dari kesempurnaan karena keterbatasan penulis. Oleh karena itu, saran dan kritik demi penyempurnaan tesis ini sangat penulis harapkan. Akhir kata, semoga apa yang disajikan dalam tesis ini dapat bermanfaat bagi setiap yang membacanya

Makassa, 14 Juli 2022

Penulis,



Nofita Tudang Rombeallo

## ABSTRAK

Nofita Tudang Rombeallo, Identifikasi Faktor-Faktor yang mempengaruhi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit: *A Scoping Review*, di bimbing oleh Takdir Tahir dan Ariyanti Saleh.

**Latarbelakang** : Keselamatan pasien merupakan masalah kesehatan serius yang terjadi secara global, yang mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan. Pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan strategi peningkatan kualitas rumah sakit, agar insiden yang terjadi tidak terulang kembali di masa yang akan datang. **Tujuan** : Mengidentifikasi faktor penghambat, faktor pendukung dalam peningkatan pelaporan insiden keselamatan pasien, Mengidentifikasi jenis insiden keselamatan pasien, Mengidentifikasi metode pelaporan insiden keselamatan pasien. **Metode** : Pencarian literatur pada database *PubMed, PsycINFO, Wiley Online Library, Science Direct, ProQuest, EBSCO/CINAHL, Garuda, Grey Literature di Google Scholar*. Sebanyak 2914 artikel diidentifikasi yang diterbitkan tahun 2011-2021, setelah melewati proses *screening, eligibility dan yang tersisa Inclusion* n=17. **Hasil** : faktor penghambat yaitu faktor individu, faktor pemerintah, faktor organisasi, proses pelaporan, pengetahuan dan pelatihan, waktu dan umpan balik. Dalam pelaporan insiden keselamatan pasien menggunakan 2 metode yaitu *elektronic-web based* dan *paper based*, kedua model ini mempunyai keunggulan masing-masing. Selain itu, pelaporan insiden mempunyai faktor pendukung yaitu pelatihan/pendidikan, pengembangan sistem, motivasi individu dan tim, dukungan manajemen, tidak menghukum, anonimitas dan umpan balik. Adapun insiden yang dilaporkan yaitu kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian tidak cedera (KTC), kejadian potensial cedera (KPC) dan kejadian sentinel. **Kesimpulann**: pelaksanaan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit sudah berjalan namun pelaksanaannya belum optimal terutama di negara berkembang. Pelaporan insiden keselamatan pasien memiliki peran penting dalam keselamatan pasien dan peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit. Oleh karena itu diharapkan setiap rumah sakit untuk fokus menangani hal ini.

**Kata kunci** : pelaporan insiden, keselamatan pasien, rumah sakit



## ABSTRACT

Nofita Tudang Rombeallo, *Identification of Factors Affecting Reporting of Patient Safety Incidents in Hospitals : A Scoping Review*, guided by Takdir Tahir and Ariyanti Saleh.

*Background* : Patient safety is a serious health problem that occurs globally, which affects the quality of health services. Reporting patient safety incidents is a strategy to improve hospital quality, so that incidents that occur do not recur in the future. **Objectives** : Identify inhibiting factors, supporting factors in improving patient safety incident reporting, Identify types of patient safety incidents, Identify patient safety incident reporting methods. *Methods*: Literature search on PubMed database, PsycINFO, Wiley Online Library, Science Direct, ProQuest, EBSCO/CINAHL, Garuda, Gray Literature on Google Scholar. A total of 2914 articles were identified that were published in 2011-2021, after going through the screening process, eligibility and remaining Inclusion n=17. *Result*: inhibiting factors are individual factors, government factors, organizational factors, reporting processes, knowledge and training, time and feedback. In reporting patient safety incidents using 2 methods, namely electronic-web-based and paper-based, both models have their respective advantages. In addition, incident reporting has supporting factors, namely training/education, system development, individual and team motivation, management support, non-punishment, anonymity and feedback. The reported incidents are unexpected events (KTD), near miss events (KNC), non-injury events (KTC), potential injury events (KPC) and sentinel events. *Conclusion*: the implementation of the patient safety incident reporting system in hospitals has been running but its implementation has not been optimal, especially in developing countries. Reporting patient safety incidents has an important role in patient safety and improving the quality of service in hospitals. Therefore, it is hoped that every hospital will focus on dealing with this.

**Keywords:** Incident reporting, patient safety, hospital



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
PERNYATAAN KEASLIAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv-v
ABSTRAK .....	vi-vii
DAFTAR ISI.....	viii-ix
DAFTAR TABEL.....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
DAFTAR SINGKATAN .....	xiii-xiv
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang Masalah .....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian .....	6
D. Originalitas Penelitian.....	7
E. Manfaat Penelitian .....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	10
A. Algoritma Pencarian.....	10
B. Tinjauan Keselamatan Pasien.....	10
1. Definisi Keselamatan Pasien .....	10
2. International Patient Safety Goals .....	12
3. Peran Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit .....	13
4. Standar Keselamatan Pasien.....	17
5. Sasaran Keselamatan Pasien .....	18
6. 7 Langkah Penerapan Keselamatan Pasien .....	18
7. Faktor Penghambat Penerapan Keselamatan Pasien .....	19
8. Insiden Keselamatan Pasien .....	19
9. Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien .....	30
C. Tinjauan <i>Scoping Review</i> .....	32
1. Penelitian Keperawatan.....	32
2. Definisi <i>Scoping Review</i> .....	33
3. Tujuan <i>Scoping Review</i> .....	34
4. Pertimbangan Memilih <i>Scoping Review</i> .....	35
5. Kerangka Kerja dalam Penyusunan <i>Scoping Review</i> .....	36
6. Kualitas <i>Scoping Review</i> .....	47

D. Kerangka Teori.....	48
BAB III METODOLOGI PENELITIAN .....	49
A. Pendekatan Metodologi.....	49
B. Kerangka Kerja.....	50
C. Tahapan Penelitian .....	50
D. Etraksi Data .....	57
E. Analisa Data .....	57
F. Etika Penelitian .....	58
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	59
A. Hasil .....	59
B. Ekstraksi Data .....	61
BAB V PEMBAHASAN .....	81-100
A. Diskusi.....	81-99
B. Rekomendasi .....	99-100
C. Keterbatasan .....	100
BAB VI PENUTUP .....	101
A. Kesimpulan .....	101
B. Saran .....	101-102
DAFTAR PUSTAKA .....	103-114
LAMPIRAN.....	115-155
A. Lampiran 1 Ekstraksi Data <i>Artikel scoping review</i> .....	115-143
B. Lampiran 2 Daftar <i>screen shot</i> pencarian pada <i>database scoping review</i> .....	144-148
C. Lampiran 3 Daftar quality assessment checklist <i>scoping review</i> .....	141-151
D. Lampiran 4 Daftar <i>screen shot test duplikat</i> .....	152
E. Lampiran 5 Izin Etik .....	153-154
F. Lampiran 6 LOA .....	155

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Penilaian Dampak Klinis/Konsekuensi/Severity .....	25
Tabel 2.2 Penilaian Penilaian Probabilitas/Frekuensi.....	25
Tabel 2.3 Matriks Grading Resiko.....	26
Tabel 2.4 Tindakan Sesuai Tingkat dan Resiko .....	26
Tabel 3.1 Kata kunci setiap databased.....	52
Tabel 3.2 Kata kunci pencarian .....	52
Tabel 4.1 Strategi Pencarian Literature .....	59
Tabel 4.2 Karakteristik Studi.....	61
Tabel 4.3 Faktor Penghambat Pelaporan Insiden.....	64
Tabel 4.4 Faktor Pendukung Pelaporan Insiden.....	70
Tabel 4.5 Jenis Insiden .....	71
Tabel 4.6 Metode Pelaporan Insiden .....	74
Tabel 4.7 Rangkuman Hasil Penelitian .....	76
Tabel Ekstraksi Data.....	115-143

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Penyajian Data dalam Bentuk Tabel .....	44
Gambar 2.2 Penyajian Data dalam Bentuk Bagan gelembung .....	45
Gambar 2.3 Penyajian Data dalam bentuk batang.....	45
Gambar 2.4 Penyajian data dalam bentuk Diagram Lingkaran .....	46
Gambar 2.5 Penyajian data dalam bentuk bagan.....	46
Gambar 2.6 Kerangka Teori .....	48
Gambar 3.1 PRISMA flow diagram alur seleksi studi .....	56
Gambar 4.1 PRISMA flow diagram alur seleksi studi .....	60

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Ekstraksi Data <i>Artikel scoping review</i> .....	115-143
Lampiran 2 Daftar <i>screen shot</i> pencarian pada <i>database scoping review</i> ....	144-148
Lampiran 3 Daftar quality assessment checklist <i>scoping review</i> .....	141-151
Lampiran 4 Daftar <i>screen shot test duplikat</i> .....	152
Lampiran 5 Izin Etik .....	153-154
Lampiran 6 LOA .....	155

## DAFTAR SINGKATAN

WHO	<i>World Health Organization</i>
IOM	<i>Institute Of Medicine</i>
IOC	<i>Institute Of Canada</i>
NHS	<i>National Health Service</i>
NPSA	<i>National Patient Safety Agency</i>
IHPSP	<i>In-Home practical Support Program</i>
KKPRS	Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
KARS	Komisi Akreditasi Rumah Sakit
PubMed	<i>Publisher MEDLINE</i>
VHL	<i>Virtual Health Library</i>
AHRQ	<i>Agency Healthcare Research Quality's</i>
KTD	Kejadian Tidak Diharapkan
KNC	Kejadian Nyaris Cedera
KTC	Kejadian Tidak Cedera
KPC	Kejadian Potensial Cedera
TJC	<i>The Joint Commission</i>
HAM	<i>High Alerm Medication</i>
TBK	Tulis Baca Konfirmasi
SBAR	<i>Situation Background Analysis Recomendation</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
PERSI	Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia
TKPRS	Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit

RS	Rumah Sakit
IKP	Insiden Keselamatan Pasien
RCA	<i>Root Cause Anaysis</i>
IPSGs	<i>International Patient Safety Goals</i>
SOP	Standar Operasional Prosedur
IV	<i>Intra Venaous</i>
PCC	<i>Population Conceptual Context</i>
PICO	<i>Population Intervention Comparison Outcome</i>
PRISMA	<i>Preferred Reporting Intem for Sistematic Review</i>
PRISMA-ScR	<i>Preferred Reporting Intem for Sistematic Review Scoping Review</i>
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang Masalah

Keselamatan pasien merupakan masalah kesehatan serius yang terjadi secara global, yang mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan (Kumbi et al, 2020;Gunes, Gurlek, & Sonmez, 2016;Forster et al , 2012). Sistem pelaporan insiden di rumah sakit menjadi sumber data dalam peningkatan mutu pelayanan (Iskandar, Maksun, & Nafisah, 2014). Dunia saat ini menyadari dampak insiden keselamatan pasien karena masalah terbesar di rumah sakit adalah pelaporan insiden keselamatan pasien yang belum optimal (Cherry & Jacob, 2014; *Institute of Medicine*, 2000).

Issue global dalam dua dekade terakhir ini yaitu keselamatan pasien, penting bagi organisasi memperhatikan agar pasien terbebas dari bahaya, potensi bahaya dan bahaya yang mengancam jiwa (Al Hamid, Malik, & Alyatama, 2020). Ketercapaian derajat kesehatan pasien terpusat pada goals dari pasien safety dengan meminimalisir kerugian pasien, pihak manajemen atau lembaga penyediaan layanan, system, mempertimbangkan kemampuan tenaga yang akan memberikan pelayanan serta mengidentifikasi masalah yang terjadi melalui pelaporan insiden keselamatan pasien (Velyana, 2016).

Berdasarkan *Institute of Medicine* (IOM) diperkirakan 98.000 karena kesalahan medis dan mengalami peningkatan dari tahun ke tahun (Forrest, 2016;Waterson, 2014). Studi *Institute of Canada* (IOC) mengatakan 1 dari 18 pasien rawat inap cedera, sebenarnya bisa dihindari (Chan & Cochrane, 2016). Sekitar 42,7 juta dari 421 juta insiden terjadi setiap tahun di dunia (Jha et al., 2013). Kejadian buruk sebanyak 134 juta tiap tahun akibat kesalahan perawatan, 2,6 juta diantaranya menyebabkan kematian (Fontana et al, 2019). Menurut WHO 4 dari 10 pasien rawat jalan mengalami kerugian yang sebenarnya bisa di hindari (WHO, 2019).

Sedangkan di Amerika Serikat dalam 3 tahun terakhir sekitar 31.817 masalah keamanan, terdapat 85,9% (27,315) insiden (Marra, 2020). Angka kematian akibat kesalahan petugas di Amerika Serikat sekitar 2,8% setiap

tahun, (Sunshine et al., 2019). Insiden yang terjadi di Inggris dan Wales sekitar 2.191, kejadian berbahaya 30% (n=658), kematian 12, kerusakan parah 41(Rees et al., 2017). Lebih lanjut, hasil penelitian yang dilakukan di 11 rumah sakit dari 5 negara Hongkong, Australia, India, Amerika, Kanada sebanyak 52% insiden, paling banyak pasien jatuh 25%, 30% terjadi di bangsal, 94% mengakibatkan kerugian, 3% terjadi kematian (Pham et al, 2016).

Angka kejadian *adverse event* di Brazil sebanyak 7,6% (Da Costa et al., 2017). Di Taiwan 60% rumah sakit tidak menerapkan dimensi keselamatan pasien (Lee et al, 2010). Laporan dari *National Health Service* (NHS) England 2015, sebanyak 0,22% insiden menyebabkan kematian. Menurut *National Patient Safety Agency* (NPSA) 2017 di Inggris sebanyak 1.879.822 kejadian. Lanjut, *ministry of health malaysia* 2013 melaporkan insiden sebanyak 2.769 kejadian. Di Negara berkembang 20 kali lebih tinggi dari Negara maju (WHO, 2010). Hasil studi di 8 Negara berkembang 15.548 kejadian dengan kisaran 2,5%-18,4% setiap Negara, 83% dapat dicegah dan 30% terjadi kematian pasien (WHO 2014). Meskipun JCI dan WHO melaporkan 70% kesalahan pengobatan di beberapa negara serta memberikan 9 solusi keselamatan pasien, namun permasalahan ini masih terus terjadi termasuk di negara Indonesia (JCI, 2017).

Di Indonesia sebanyak 943 yang terdiri dari 33% kejadian nyaris cedera (KNC), 29% kejadian tidak cedera (KTC), dan 38% kejadian tidak diharapkan (KTD) dengan 77.62% tidak cedera, 12.93% cedera ringan, 5.94% cedera sedang, 0.75% cedera berat, dan 2.76% kematian (Kemenkes RI, 2020). Data insiden keselamatan pasien komite keselamatan pasien rumah sakit (KKPRS) 2011 sebanyak 877 kasus. Laporan KKPRS (2015), sebanyak 11,23% unit perawatan, 6,17% farmasi, 4,12% dokter. Lanjut, KKP-RS 2013 kejadian tidak diharapkan (KTD) 46,2% dan pada tahun 2010 meningkat menjadi 63% pada tahun 2013. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Lestari, Fitriani, & Jamaluddin (2021), tercatat 194 laporan insiden, terdiri dari 48% termasuk kejadian tidak diharapkan (KTD), 28% kejadian nyaris cedera (KNC), 22% kejadian tidak cedera (KTC) dan 2% sentinel,

kesadaran tenaga kesehatan masih kurang. Oleh sebab itu, berdasarkan data yang di peroleh menunjukkan bahwa sistem pelaporan insiden di rumah sakit yang ada di Indonesia pelaksanaannya belum optimal. Idealnya, semua rumah sakit akan melaporkan insiden keselamatan pasien, agar derajat kesehatan masyarakat optimal serta dapat meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.

Laporan IHPSP 2011 hanya menghasilkan 132 dari 2.267 rumah sakit, dari 2.267 rumah sakit di Indonesia, total yang berpartisipasi hanya 6% hal ini menunjukkan laporan tidak memadai. Di Indonesia pada tahun 2019, 12% dari 2.877 rumah sakit dengan jumlah laporan 7.465 insiden, terdapat 171 kematian 80 cedera berat, 372 cedera sedang, 1183 kasus cedera ringan, dan 5659 kasus tidak ada cedera (Daud, 2020). Dengan tingginya angka kejadian insiden di rumah sakit maka salah satu strategi yang digunakan untuk mengetahui resiko yang terjadi dengan meningkatkan pelaporan insiden keselamatan pasien (KKPRS, 2015). Hal ini dilakukan untuk pencegahan terhadap kejadian yang tidak di inginkan, melakukan perbaikan dan peningkatan agar tidak terjadi kesalahan yang berulang di masa yang akan datang (KKPRS, 2015). Selain itu, dampak yang yang ditimbulkan akibat tidak berjalannya pelaporan insiden keselamatan pasien individu merasa terbebani, keluarga dan masyarakat baik secara sosial maupun ekonomi (Mauti & Githae, 2019). Upaya yang dilakukan untuk meminimalisir insiden keselamatan pasien dengan melakukan pelaporan insiden, mengidentifikasi hambatan pelaporan insiden dan mengupayakan strategi peningkatan pelaporan insiden keselamatan pasien.

Menurut Iskandar et al. (2014), menemukan bahwa penyebab rendahnya jumlah laporan insiden dipengaruhi oleh blaming, kurangnya komitmen pihak manajemen terkait, tidak ada reward jika berhasil melapor, tidak ada batasan apa yang harus dilapor, sosialisasi tidak menyeluruh di semua staf, belum ikut pelatihan pasien safety. Sejalan Zeng, Shin, & Sze, (2010), Hal mempengaruhi pelaporan insiden, ketakutan akan hukuman, Budaya kutukan dan budaya keamanan yang rendah. Lebih lanjut, Paramita, Arso, & Kusumawati (2020), kebijakan menjadi salah satu faktor dalam pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien.

Keselamatan pasien adalah masalah medis global, masalah ini telah menjadi perhatian umum sejak tahun 1990-an semakin menjadi perhatian setiap tahun dan merupakan masalah penting untuk dipertimbangkan dalam perawatan kesehatan (WHO, 2019). Pelaporan insiden keselamatan pasien mendorong individu sadar akan bahaya yang merugikan pasien (KARS, 2018). Dampak yang ditimbulkan jika terjadi kegagalan ataupun lambat melakukan pelaporan insiden yaitu pasien cedera dan resiko terhadap kerugian rumah sakit (McFarland & Doucette, 2018). Selain itu, pelaporan insiden dapat membantu dalam mengidentifikasi masalah, sarana dan kualitas layanan (Carlfjord, Ohrn, & Gunnarsson, 2018). Dengan demikian, melaporkan setiap insiden maka kita dapat mengetahui apa kekurangan dan apa strategi untuk meningkatkan pelaporan insiden keselamatan pasien.

Pelaporan menjadi prioritas utama dalam peningkatan mutu pelayanan, namun yang melaksanakan masih kurang, kesadaran tenaga kesehatan akan hal ini masih rendah (Aaronson, 2019;Wahyuni, Andi, & Elly, 2018). Pelayanan yang berkualitas dapat meningkatkan derajat kesehatan yang optimal, dengan tersedia fasilitas layanan yang menunjang dalam meningkatkan kualitas pelayanan serta berusaha meminimalkan insiden (Permenkes RI. Nomor 11, 2017). Dengan adanya KARS bisa dilakukan penilaian terhadap rumah sakit, untuk mengetahui keberhasilan rumah sakit dalam memberikan pelayanan yang berkualitas (KARS, 2018). Program pelaporan insiden keselamatan pasien harus menjadi perhatian organisasi (Hanevi & Utarini, 2012). Organisasi seharusnya menegaskan setiap orang yang melakukan kesalahan senantiasa menyadari kesalahannya, mempertanggungjawabkan dan ditindaklanjuti (Vos et al., 2017). Selanjutnya, ketakutan, tidak ada waktu, tidak ada umpan balik, kurang pengetahuan, jenis insiden, kerahasiaan dapat menghambat pelaporan insiden keselamatan pasien serta memberikan dampak buruk terhadap organisasi (Archer et al., 2019;Kim et al., 2018;Carlfjord et al., 2018;Tatum & Kumar, 2021). Hal yang paling mempengaruhi belum optimalnya pelaporan yaitu kurang dukungan dari profesi kesehatan, tidak ada tindak lanjut, kurang dukungan manajemen, serta keterlambatan teknologi informasi (Vrbnjak et al 2016;Mitchell et al , 2016).

Dengan demikian pelaporan insiden memerlukan cara tepat peningkatannya di masa yang akan datang.

Organisasi perlu untuk bertindak secepatnya perbaikan sistem pelaporan yang baik, dimana semua pihak terkait bekerjasama dalam menyelesaikan masalah pelaporan agar resiko pasien berkurang (Kim et al., 2018; Yoo & Kim, 2017). Strategi untuk meningkatkan pelaporan insiden kepedulian manajemen, pelatihan, insentif, kesadaran diri, dan tindakan disiplin (Kurt et al., 2012; Turner et al., 2018). Oleh karena itu, dibutuhkan kerangka kerja analisis dan pemahaman bagaimana memudahkan dalam mengoptimalkan pelaporan insiden.

Tentunya untuk membangun budaya pelaporan yang optimal memerlukan proses atau metode pelaporan yang sederhana, membutuhkan kesadaran individu agar kesalahan dalam bekerja berkurang, perhatian penuh dari pihak manajemen (Lee et al., 2018). Studi terkait, pelaporan membantu semua pihak terkait dalam memahami kesalahan, mencegah terjadinya cedera pada pasien, memastikan pemberian perawatan yang tepat, dan meminimalisir kesalahan dalam perawatan (McCormack & McCance, 2016; McCormack et al., 2015; McCormack & McCance, 2017). Dengan demikian, Pelaporan insiden keselamatan pasien adalah jantung dari peningkatan kualitas atau mutu dari suatu instansi rumah sakit. Berdasarkan latarbelakang di atas maka peneliti tertarik untuk melakukan indentifikasi faktor yang mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit.

## **B. Rumusan Masalah**

Hasil pertemuan global yang diadakan di Jerman mengatakan bahwa jika di pelayanan kesehatan masih banyak kejadian yang membuat pasien merasa tidak nyaman, itu artinya bukanlah perawatan/pelayanan (Flott et al., 2017). Keselamatan pasien menjadi masalah kesehatan utama yang harus menjadi fokus utama (*World Health Organization*, 2019). Menurut Dhamanti et al (2019), di berbagai rumah sakit yang ada di Indonesia telah memberikan baik itu secara langsung maupun tidak langsung semua tergantung dari tingkat keparahan dari insiden yang dilakukan, namun masalahnya adalah rumah

sakit rata-rata hanya sebatas pelaporan, padahal keselamatan pasien menjadi prioritas.

Dalam meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit semua pihak terkait harus belajar dari kesalahan yang ada agar kesalahan tersebut tidak berulang terjadi. Dalam prosesnya dimulai dari melaporkan setiap kejadian yang ada, melakukan pengkajian faktor yang mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien demi untuk perbaikan dan peningkatan di masa yang akan datang. Lebih lanjut, Nahajan (2010), mengatakan bahwa dalam pelaksanaan insiden perlu untuk dilakukan tindak lanjut agar menjadi evaluasi perbaikan di masa yang akan datang. Sangat penting untuk dilakukan studi dengan metode *scoping review* untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit karena review sebelumnya belum ada yang melakukannya. Dengan adanya perbedaan metode yang digunakan akan memberikan pengalaman yang baru bagi penulis dan pembaca, dan tentunya sangat dipengaruhi oleh kurangnya pelaporan insiden di rumah sakit yang memberikan daya tarik bagi peneliti untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit. Dengan demikian, kita bisa mengetahui penyebab rendahnya pelaporan, memberikan gambaran dalam peningkatan mutu, memberikan data dasar untuk perbaikan.

Oleh sebab itu, sangat penting bagi penulis dalam melakukan ulasan “Bagaimana identifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit : *scoping review*”, agar dapat menjadi acuan dan sumber informasi bagi rumah sakit, dan sekaligus membantu untuk menyelesaikan masalah yang dialami oleh rumah sakit.

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Untuk menganalisis temuan terkait dengan faktor-faktor yang mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit: a *scoping review*.

## 2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi faktor penghambat pada pelaporan insiden keselamatan pasien;
- b. Mengidentifikasi faktor pendukung dalam peningkatan pelaporan insiden keselamatan pasien;
- c. Mengidentifikasi jenis insiden keselamatan pasien;
- d. Mengidentifikasi metode pelaporan insiden keselamatan pasien;

### **D. Originalitas Penelitian**

Beberapa *review* sebelumnya telah membahas terkait dengan pelaporan insiden keselamatan pasien, pelaporan insiden keselamatan pasien menjadi topik yang sangat menarik untuk di teliti karena dapat meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit. Dalam studi literatur yang dilakukan oleh Charitini, Carole, & Paul (2015), seberapa efektif pelaporan insiden keselamatan pasien menjadi pedoman untuk perubahan pola pikir individu, dan dibutuhkan dukungan dari pimpinan dalam penerapannya. Studi yang dilakukan oleh Brunsveld-Reinders (2016), fokus pada sistem pelaporan insiden di ruang perawatan intensif, bagaimana melakukan umpan balik terhadap insiden, tidak hanya menjadi persyaratan administratif untuk peningkatan kualitas pelayanan di perawatan intensif, namun sangat efektif berkontribusi dalam peningkatan keselamatan pasien serta menjadi tolak ukur bagi rumah sakit untuk perbaikan di masa yang akan datang.

Berdasarkan studi yang dilakukan oleh Fung, Koh, & Chow (2012), mengatakan bahwa faktor yang paling berpengaruh dalam pelaporan insiden keselamatan pasien adalah budaya dan demografi, dampaknya terhadap sikap perawat dalam melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien. Selanjutnya menurut Alves, Carvalho, & Albuquerque (2019), dalam ulasannya berfokus pada hambatan pelaporan insiden keselamatan pasien oleh tenaga kesehatan, pelaporan insiden sangat jarang dilakukan karena ketautan, lebih fokus kepada insiden yang parah, kurang pengetahuan serta pelaporannya hanya berfokus pada perawat saja.

Mengembangkan strategi dalam meningkatkan pelaporan insiden dengan permodelan, mengirimkan pesan dan dukungan keuangan (Aaron, Webb, &

Luhanga, 2020). Fokus penelitian dari Gong, Kang, Wu, & Hua (2017), pengembangan pelaporan berbasis *web* yaitu *e-reporting* namun belum maksimal pengembangannya. Lebih Lanjut, Pham, Girard, & Pronovost, (2013), menemukan insiden yang terjadi dijadikan sebagai pembelajaran organisasi, mempermudah pihak pelapor, hal yang harus dilaporkan, prioritas serta tidak lanjut pelaporan. Selanjutnya menurut Amaniyan, Faldaas, Logan, & Vaismoradi, (2020), hasil yang didapatkan bagaimana membangun kesadaran terhadap semua hal yang berhubungan dengan insiden keselamatan pasien di unit gawat darurat serta menawarkan strategi dalam peningkatan keselamatan.

Tinjauan ini berbedah dengan tinjauan sebelumnya dari metode dan tujuan yang ingin dicapai, dimana didalamnya melakukan sintesis bukti pada faktor-faktor yang mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit. Untuk mencapai derajat kesehatan pasien yang optimal dan peningkatan mutu rumah sakit, diawali dengan pelaporan insiden di rumah sakit. Dalam studi ini mengikutsertakan metode kualitatif dan kuantitatif, serta campuran keduanya, serta tidak membatasi area perawatan khusus untuk mendapatkan pemahaman yang mendalam terkait topik review ini. Dengan demikian fokus penelitian saat ini adalah mengidentifikasi faktor yang memengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit.

## **E. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat bagi pemerintah**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan untuk menentukan kebijakan terkait dengan identifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit: *a scoping review*, dalam rangka meningkatkan mutu layanan kesehatan.

### **2. Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah ilmu pengetahuan dan keilmuan manajemen keperawatan serta kepustakaan terkait dengan identifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit: *a scoping review*. Juga menjadi sumber informasi dalam pengembangan ilmu pengetahuan.

3. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini berguna bagi rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan, demi tercapainya derajat kesehatan di masyarakat. Juga sebagai bahan untuk pengambilan keputusan dalam rangka peningkatan kualitas sumber daya manusia di pelayanan kesehatan.

4. Bagi Peneliti.

Hasil penelitian ini dapat menambah pengetahuan yang lebih mendalam mengenai pelaporan insiden keselamatan pasien di setiap tatanan pelayanan kesehatan.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Algoritma Pencarian**

Pengembangan konsep studi literatur melalui beberapa buku dan sumber lain dari *World Health Organization* dan artikel publikasi ilmiah dengan rentang tahun 2011-2021 serta menggunakan portal jurnal terindeks PubMed, PsycINFO, Wiley Online Library, Science Direct, ProQuest, EBSCO/CINAHL, Garuda, *Grey Literature* untuk memperkuat dasar teori dan kerangka konsep dalam studi literatur.

Pencarian dilakukan dengan menggunakan kata kunci yang berbeda-beda tergantung portal pencarian, kata kunci yang digunakan adalah *Healthcare professional OR Doctors OR Nurse OR Nurses AND event reporting OR patient safety reporting OR incident reporting OR adverse event OR medical error AND Hospital*, hasilnya akan melewati proses skrining.

#### **B. Tinjauan Keselamatan Pasien**

##### **1. Definisi Keselamatan Pasien**

Menurut WHO, keselamatan pasien adalah pencegahan akan tidak adanya bahaya untuk pasien selama proses perawatan kesehatan. Disiplin keselamatan pasien adalah terkoordinasi upaya untuk mencegah bahaya, yang disebabkan oleh proses perawatan kesehatan itu sendiri, yang terjadi pada pasien (Kemenkes RI, 2015).

Lebih lanjut menurut Runciman et al. (2008), suatu pelayanan yang berfokus pada pasien dimana terganggunya kenyamanan pasien di pelayanan, terjadi ketidakpemerataan dalam pemberian perawatan pasien dan apabila terdapat kekurangan serta tidak berfungsinya sistem dalam pelayanan yang akan menjadi sorotan media massa. Sedangkan dalam Permenkes RI Nomor 11, (2017), Keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen resiko, identifikasi resiko pasien, pelaporan/analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, tindak lanjut serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko dan mencegah terjadinya cedera akibat

melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sehingga dapat disimpulkan bahwa keselamatan pasien adalah sebuah sistem pelayanan yang bertujuan agar pasien lebih aman selama mendapatkan pelayanan.

Untuk memastikan keselamatan pasien, diperlukan penegakan sistem operasional dan proses untuk meminimalkan kemungkinan kesalahan dan memaksimalkan cara yang mencegah kesalahan. Dengan kata lain, program ini tidak hanya berfokus pada satu institusi (rumah sakit), namun secara luas memerlukan sistem dan kebijakan di tingkat organisasi yang menghimpun institusi kesehatan dan tingkat nasional. Lebih lanjut *Institute of Medicine* (IOM) dalam Kohn et al. (2000), mengajukan lima prinsip dalam merancang keselamatan pasien di organisasi kesehatan yaitu:

- a. Kepemimpinan yaitu menjadikan keselamatan pasien sebagai tujuan utama/prioritas, menjadikan keselamatan pasien sebagai tanggung jawab bersama, menunjuk seseorang yang bertanggung jawab dalam program keselamatan pasien, menyediakan sumber daya untuk analisa kesalahan dan melakukan modifikasi ulang sistem, mengembangkan mekanisme yang efektif untuk mengidentifikasi perilaku tidak aman.
- b. Memperhatikan keterbatasan manusia dalam perancangan proses, mencakup: desain kerja dalam kerangka keselamatan, menyederhanakan proses, membuat standar proses.
- c. Mengembangkan tim yang efektif.
- d. Mengantisipasi terhadap kejadian yang tidak terduga, meliputi: pendekatan proaktif, menyediakan antidotum, dan training simulasi.
- e. Menciptakan atmosfer pembelajaran, berupa: penggunaan simbol, mendorong pelaporan kejadian, memastikan tidak ada tekanan saat melaporkan kejadian, dan mengimplementasikan mekanisme umpan balik dan belajar dari kesalahan.

Menurut Nursalam, (2017), variabel yang digunakan untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan yang berpengaruh pada pelayanan kesehatan disebut *patient safety*. Dunia kesehatan mulai peduli pada isu *patient safety* setelah kasus malpraktik banyak terjadi di seluruh

dunia yang diwartakan melalui beragam media cetak baik elektronik maupun jurnal-jurnal ilmiah terkenal.

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1691 menjelaskan bahwa keselamatan pasien rumah sakit yang mencakup pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi menjadikan asuhan pasien lebih aman. Selain itu, asuhan pasien yang lebih baik meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien disebut insiden keselamatan pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), dan Kejadian Potensial Cedera (KPC) (Kemenkes RI, 2011).

## **2. *International Patient Safety Goals***

*The Sentinel Event Alert Advisory Group* dibentuk pada Februari 2002 untuk memberikan saran kepada *The Joint Commission* (TJC) perihal pengembangan tujuan keselamatan pasien nasional. Tujuan dari TJC keselamatan pasien nasional yaitu menangani bidang-bidang khusus yang menjadi perhatian sehubungan dengan keselamatan pasien bekerjasama dengan organisasi terakreditasi (Cherry & R. Jacob, 2014).

Berdasarkan (Joint Commission International, 2017) dan (Academy ACT, 2017) komponen dari International Patient Safety Goals (IPSG) terdiri dari:

- a. Ketepatan mengidentifikasi pasien  
Identifikasi dilakukan pada saat:
  - 1) Pemberian obat, darah, atau produk darah
  - 2) Pengambilan darah/spesimen pemeriksaan.
  - 3) Sebelum melakukan tindakan/prosedur pelayanan
- b. Peningkatan komunikasi yang efektif

- 1) Lakukan tehnik SBAR (*Situation Background Analysis Recommendation*) untuk pelaporan pelayanan verbal.
  - 2) Lakukan TBK (Tulis Baca Konfirmasi) untuk semua perintah verbal dan pembacaan hasil pemeriksaan uji laboratorium yang kritis, dan beri tanda TBK pada setiap dokumentasinya.
- c. Waspada penggunaan obat HAM (*High Alert Medication*)
- Penggunaan obat HAM harus minimal menggunakan 10 benar : benar pasien, benar rute, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar pengkajian, benar informasi, benar kadaluarsa, benar efek samping, dan benar dokumentasi.
- d. Memastikan operasi yang aman (tepat prosedur, tepat lokasi dan tepat pasien pembedahan)
- e. Menurunkan resiko infeksi
- Resiko infeksi bisa dikontrol dengan melakukan cuci tangan prosedural *hands rub*/antiseptik berbasis alkohol apa *hands wash*/menggunakan air mengalir dan sabun.
- f. Mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh
- Penilaian resiko jatuh pada anak menggunakan *Humpty Dumpty* sedangkan untuk dewasa menggunakan *Metode Morse Fall*. Penggunaan gelang berwarna kuning dan papan penanda resiko jatuh wajib terpasang.

### **3. Peran Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPPRS)**

Dalam pernyataan Siar Liam Donaldson, Chairaman WHO *World Aliance for Patient Safety* pada tanggal 2 Mei 2007; dalam pelayanan kesehatan, keselamatan pasien adalah hal yang harus diutamakan.

Sementara itu di Indonesia, Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS), Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) dan Departemen Kesehatan (Depkes), bekerja sama dengan Becton Dickinson, melaksanakan "Road Show" sosialisasi tentang program keselamatan pasien di 461 Rumah Sakit di 12 kota yang dilaksanakan sejak bulan Juni sampai dengan Agustus 2006. Pada pelaksanaan ini telah disimpulkan bahwa keselamatan pasien

merupakan prioritas pelayanan kesehatan di berbagai rumah sakit. Keselamatan Pasien dalam (Undang-undang RI, 2009) No 44 Tentang Rumah Sakit Pasal 43:

- a. RS wajib menerapkan Standar Keselamatan Pasien.
- b. Standar keselamatan pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian tidak diharapkan (KTD).
- c. RS melaporkan kegiatan ayat 2 kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang ditetapkan Menteri
- d. Pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) pada ayat 2 dibuat secara anonim dan ditujukan untuk mengkoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien.
- e. Ketentuan lebih lanjut mengenai keselamatan pasien ayat 1 dan ayat 2 diatur dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/ Menkes/Per/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Pasal 6;
  - 1) Setiap rumah sakit wajib membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS) yang ditetapkan oleh kepala rumah sakit sebagai pelaksana kegiatan keselamatan pasien.
  - 2) TKPRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) bertanggung jawab kepada kepala rumah sakit.
  - 3) Keanggotaan TKPRS sebagaimana dimaksud pada ayat (1) terdiri dari manajemen rumah sakit dan unsur dari profesi kesehatan di rumah sakit
  - 4) TKPRS melaksanakan tugas:
    - a) Mengembangkan program keselamatan pasien di rumah sakit sesuai dengan kekhususan rumah sakit tersebut;
    - b) Menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit;
    - c) Menjalankan peran untuk melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan (monitoring) dan penilaian (evaluasi)

tentang terapan (implementasi) program keselamatan pasien rumah sakit;

- d) Bekerja sama dengan bagian pendidikan dan pelatihan rumah sakit untuk melakukan pelatihan internal keselamatan pasien rumah sakit;
- e) Melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisa insiden serta mengembangkan solusi untuk pembelajaran;
- f) Memberikan masukan dan pertimbangan kepada kepala rumah sakit dalam rangka pengambilan kebijakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit; dan
- g) Membuat laporan kegiatan kepada kepala rumah sakit.

Menurut (Komite Keselamatan Pasien, 2015), pelaporan insiden eksternal ke KKPRS dapat dilakukan melalui pengisian formulir secara elektronik (*e-reporting*). *E-Reporting* insiden 3 eksternal diharapkan dapat meningkatkan budaya pelaporan insiden rumah sakit ke KKPRS untuk dapat dianalisis dan ditindak lanjuti. Dengan penerapan sistem pelaporan IKP maka rumah sakit dapat menjawab secara mantap pertanyaan sebagai berikut : Apakah rumah sakit anda dapat mendemonstrasikan bahwa pelayanan rumah sakit anda lebih "safe"/aman dibandingkan tahun yang lalu?

a. Tujuan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

1) Tujuan Umum:

- a) Insiden Keselamatan Pasien menurun (KTD, KNC, dan KPC)
- b) Mutu pelayanan dan keselamatan pasien meningkat

2) Tujuan Khusus

Rumah sakit (internal):

- a) Pelaporan dan pencatatan insiden keselamatan pasien telah terlaksana.
- b) Teridentifikasinya penyebab insiden.
- c) Dapat memperbaiki pelaksanaan asuhan kepada pasien dimasa mendatang.

KPPRS (eksternal):

- a) Dapat mengidentifikasi data nasional angka insiden keselamatan pasien (KTD, KNC, KTP).
  - b) Sebagai proses untuk pembelajaran untuk rumah sakit lain dalam peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien
  - c) Pembentukan langkah yang tepat dalam keselamatan pasien untuk Rumah Sakit di Indonesia.
- b. Alur pelaporan

Alur pelaporan insiden keselamatan pasien dibedakan menjadi pelaporan internal dan eksternal (Komite Keselamatan Pasien, 2015):

1) Alur Pelaporan Insiden Kepada Tim Keselamatan Pasien di RS (Internal)

- a) Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD/KTC/KPC) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah/ditangani) untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan.
- b) Setelah ditindaklanjuti, segera membuat laporan insidennya dengan mengisi formulir laporan insiden pada akhir jam kerja/shift kepada atasan langsung (paling lambat 2x24 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 : (pembahasan lebih lanjut lihat BAB III)

Grade biru : Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu.

Grade hijau : Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu

Grade kuning : Investigasi komprehensif/Analisis akar masalah/RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari

Grade merah : Investigasi komprehensif/Analisis akar masalah/RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.

- f) Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KP di RS .
  - g) Tim KP di RS akan menganalisa kembali hasil Investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan Regrading.
  - h) Untuk grade kuning/merah, tim KP di RS akan melakukan analisis akar masalah/*root cause analysis* (RCA)
  - i) Setelah melakukan RCA, Tim KP di RS 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 11, rekomendasi untuk "perbaikan dan pembelajaran" diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di rumah sakit 12 unit kerja membuat analisa kejadian di satuan kerjanya masing-masing 13, monitoring dan evaluasi perbaikan oleh Tim KP di RS.
- 2) Alur pelaporan insiden ke KKPRS-Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (eksternal)

Laporan hasil investigasi sederhana/analisis akar masalah/RCA yang terjadi pada pasien dan telah mendapatkan rekomendasi dan solusi oleh Tim KP di rumah sakit (internal)/Pimpinan RS dikirimkan ke KKPRS dengan melakukan entry data (e-reporting) melalui *website* resmi KKPRS : [www.buk.depkes.go.id](http://www.buk.depkes.go.id)

#### **4. Standar Keselamatan Pasien**

Dalam penyelenggaraan keselamatan pasien, diperlukan adanya standar keselamatan pasien sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatannya. Standar keselamatan pasien wajib diterapkan di fasilitas

layanan kesehatan. Standar keselamatan pasien meliputi tujuh standar (Permenkes RI. Nomor 11, 2017; Dylan Trotsek, 2017; Nasution, 2018), yaitu:

- a. Hak pasien;
- b. Mendidik pasien dan keluarga;
- c. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan;
- d. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien;
- e. Mendidik staf tentang keselamatan pasien;
- f. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

#### **5. Sasaran Keselamatan Pasien**

Fasilitas layanan kesehatan selain diwajibkan melaksanakan standar keselamatan pasien, juga melakukan perbaikan-perbaikan tertentu dalam keselamatan pasien. Penyusunan sasaran keselamatan pasien ini mengacu pada *nine life saving patient safety solution* dari WHO (2007) dan *Joint Commission International (JCI) "International Patient Safety Goals (IPSGs)"* (Nasution, 2018), ada 7 sasaran penerapan keselamatan pasien yaitu:

- a. Ketepatan identifikasi pasien;
- b. Peningkatan komunikasi yang efektif;
- c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai;
- d. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi;
- e. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan;
- f. Pengurangan resiko pasien jatuh.

#### **6. 7 Langkah Penerapan Keselamatan Pasien**

Fasilitas kesehatan diwajibkan menerapkan 7 langkah menuju keselamatan pasien yang bertujuan untuk meningkatkan dan memperbaiki keselamatan pasien. melalui perencanaan kegiatan dalam mengukur kinerja, diharapkan dapat dijadikan penilaian atas kemajuan yang telah dicapai dalam pemberian asuhan pelayanan menjadi lebih aman (Nasution,

2018). Dalam Permenkes RI. Nomor 11 (2017), ada 7 langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit yang terdiri dari:

- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien;
- b. Memimpin dan mendukung staf;
- c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan resiko;
- d. Mengembangkan sistem pelaporan;
- e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien;
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien; dan
- g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

## **7. Faktor Penghambat Penerapan Keselamatan Pasien**

Keselamatan pasien di rumah sakit adalah sistem pelayanan dalam memberikan pelayanan kepada pasien aman disuatu rumah sakit. Mengukur resiko, mengidentifikasi/mengelola resiko terhadap pasien, menganalisa kejadian, belajar menindak lanjuti kejadian serta menerapkan solusi untuk mengurangi resiko terganggunya keselamatan pasien, yang merupakan indikator dari sistem pelayanan yang aman bagi pasien di rumah sakit (Murdyastuti, 2010).

Fenomena terganggunya keselamatan pasien dalam sebuah pelayanan pelayanan telah menjadi isu yang mendunia, fakta menunjukkan bahwa banyak pasien rumah sakit mengalami kejadian yang tidak diharapkan (KTD). Kejadian yang tidak diharapkan lebih banyak disebabkan karena kesalahan pengobatan atau kesalahan pelayanan dan bukan dari kesalahan yang ditimbulkan pasien.

## **8. Insiden Keselamatan Pasien**

- a. Definisi Insiden Keselamatan Pasien

Insiden keselamatan pasien merupakan kejadian yang menyebabkan harm (penyakit, cedera, cacat, dan kematian), hal ini tidak seharusnya terjadi kepada pasien (KKPRS, 2015). Di tempat fasilitas layanan kesehatan, harus membuat sistem yang membuat pasien lebih aman dengan melakukan pengkajian resiko, dapat mengidentifikasi hal yang berhubungan dengan resiko pasien, melakukan pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien.

b. Klasifikasi insiden keselamatan pasien

Klasifikasi insiden keselamatan pasien menurut KKPRS (2015) yaitu :

- 1) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)/*adverse event*, kejadian yang terjadi pada pasien karena adanya tindakan yang dilakukan dan kita tidak berharap itu terjadi (*commission*), atau tidak bertindak (*omission*) dan bukan disebabkan karena kondisi pasien (*underlying disease*).
- 2) Kejadian nyaris cedera (KNC)/*near miss*, kejadian yang terjadi tapi belum sampai terpapar ke pasien.
- 3) Kejadian Tidak Cedera (KTC), pasien telah terpapar dengan insiden yang dilakukan oleh petugas kesehatan tetapi tidak sampai menimbulkan cedera ke pasien. Terjadi keberuntungan, misalnya pasien diberikan obat yang kontraindikasi namun tidak menimbulkan reaksi dari obat, atau peringatan suatu obat yang diberikan menimbulkan reaksi alergi, hal ini diketahui secara dini lalu di berikan antidotumnya.
- 4) Kondisi potensial cedera (KPC)/*reportable circumstance*, kejadian yang berpotensi menimbulkan cedera kepada pasien tetapi belum sampai terjadi cedera pada pasien.
- 5) Kejadian sentinel/*sentinel event*, kejadian yang mengakibatkan cedera yang serius dan bahkan mengakibatkan kematian pada pasien. Hal ini tidak dapat diterima oleh pasien, seperti melakukan operasi pada bagian tubuh yang salah, Amputasi pada kaki yang salah dan lain-lain.

Berdasarkan kerangka konseptual menurut *World Health Organization* (WHO) untuk klasifikasi International terkait jenis insiden keselamatan pasien. *World Health Organization* (WHO) membagi insiden keselamatan pasien menjadi tiga yaitu kejadian nyaris terjadi, tidak ada insiden berbahaya, insiden berbahaya (*World Health Organization*, 2020) Yaitu :

- 1) Kejadian nyaris cedera/*nier miss*, Kejadian yang tidak sampai kepada pasien namun hampir mencederai pasien, terdeteksi sebelum kita memberikan kepada pasien. Contohnya adalah kesalahan dalam memberikan terapi transfusi dara, tetapi terdeteksi sebelum transfusi di berikan kepada pasien.
- 2) Insiden yang tidak membahayakan pasien/*no harm insiden*, kejadian yang sudah terjadi pada pasien namun hal ini tidak sampai membahayakan pasien/tidak ada kerusakan yang di timbulkan. Contohnya adalah memberikan transfusi darah kepada pasien namun tidak compatible
- 3) Insiden berbahaya/*harmful incident*, kejadian yang mengakibatkan pasien cedera, contohnya unit darah yang salah ditransfusikan kepada pasien dan akhirnya pasien meninggal karena adanya reaksi hemolitik.

c. Tipe Insiden Keselamatan Pasien

Dalam menentukan tipe insiden maka terlebih dahulu kita akan melakukan analisis dan investigasi yang dibagi menjadi 15 kelompok, masing-masing kelompok mempunyai sub tipe insiden :

- 1) Pertama : tipe insiden administrasi klinik, prosesnya serah terima, perjanjian, antrian, rujukan, administrasi, pulang/keluar, pinda perawatan, mengidentifikasi pasien. *consent*, pembagian tugas, dan respon terhadap kegawatdaruratan. Masalah tidak performance ketika dibutuhkan/indikasi, tidak lengkap, tidak tersedia, salah pahan, salah pelayanan.
- 2) Kedua : tipe insiden prosedur klinik, sub tipenya dibagi menjadi dua yaitu:
  - a) Proses skrining/pencegahan, *general care*, test investigasi, spesimen/hasil, belum dipulangkan.
  - b) Masalah tidak *performance* ketika dibutuhkan, tidak lengkap, tidak tersedia, salah pasien, salah proses/pengobatan/prosedur dan salah bagian tubuh/sisi.
- 3) Ketiga : dokumentasi, sub tipe insidennya:

- a) Dokumen terkait order/peminatan, chart/rekam medik, konsultasi, checklist, form / sertifikat, instruksi/ informasi / kebijakan / SOP, label / identitas / kartu, surat / email / rekaman komunikasi, laporan / hasil / photo.
  - b) Masalah (dokumen hilang/tidak tersedia, terlambat mengakses dokumen, salah dokumen/salah orang, tidak jelas membingungkan dan informasi dan informasi dalam dokumen tidak lengkap.
- 4) Keempat adalah infeksi nosokomial/hospital *associated infection*, sub tipe insidennya yaitu :
- a) Organisme: (bakteri, virus, jamur, parasit, protozoa), Protein yang infeksius organisme tidak teridentifikasi.
  - b) Infeksi : *blood stream*, bagian yang dioperasi, abses, pneumonia , kanul IV, protesis infeksi, drain/tube urin, dan jaringan lunak.
- 5) .Kelima adalah cairan infus, yang dimana sub tipe insidennya ada tiga yaitu ;
- a) Medikasi/cairan infus yang terkait (daftar medikasi dan daftar cairan infus).
  - b) Proses penggunaan medikasi/cairan infus (pereseapan, persiapan/dispensing, pemaketan, pemberian, supply/pesan, penyimpanan, monitoring).
  - c) Masalah (salah pasien, salah obat, salah dosis/kekuatan/frekuensi, salah dispensing label/instruksi, kontraindikasi, salah penyimpanan, *omitted medicine or dose*, *obat kadaluarsa*, dan *adverse drug reaction* (reaksi efek samping obat).
- 6) Keenam adalah transfusi darah, yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi tiga yaitu :
- a) Transfusi darah/produk darah terkait (transfusi, pereseapan, persiapan, pengantaran, pemberian, penyimpanan, monitoring, pemaketan dan supply/pesan).

- b) Masalah (salah pasien, salah darah/produk darah, salah dosis/frekuensi, salah jumlah form, salah dispensing/instruksi, kontraindikasi, salah penyimpanan, obat atau dosis yang diabaikan, darah kadaluarsa dan efek samping (adverse effect).
- 7) Ketujuh adalah nutrisi, dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi tiga yaitu : nutrisi yang terkait (diet umum dan diet khusus). Kedua, proses nutrisi (permintaan, persiapan, proses memasak, order, presentation, alokasi, pengantaran, pemberian dan penyimpanan). Ketiga, masalah (salah pasien salah diet, salah jumlah, salah frekuensi, salah konsistensi, dan salah penyimpanan).
- 8) Kedelapan adalah oksigen/gas, yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi tiga yaitu : pertama, oksigen/gas terkait (daftar oksigen/gas terkait). Kedua, proses penggunaan oksigen/gas (label cilinder/warna kode, peresapan, pemberian, pengantaran, supply/order dan penyimpanan). Ketiga, masalah (salah pasien, salah gas, salah rate/flow/konsentrasi, salah mode pengantaran, kontraindikasi, salah penyimpanan, gagal pemberian dan kontaminasi).
- 9) Kesembilan adalah alat medis/ alat kesehatan, yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi dua yaitu : Pertama, tipe alat medis/alat kesehatan (daftar alat medis/alat kesehatan/equipment property). Kedua, masalah (pemaketan tidak baik, ketidaktersediaan, tidak bersih/tidak steril, kegagalan/malfungsi, *user error*).
- 10) .Kesepuluh adalah perilaku pasien yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi dua yaitu; Pertama, perilaku pasien (tidak kooperatif, tidak pantas/sikap bermusuhan/kasar, beresiko/berbahaya). Kedua, masalah dengan penggunaan abuse, mengganggu, diskriminasitif/berprasangka, berkeliaran, melarikan diri, sengaja mencederai diri, bunuh diri) dan agresion/assault (agresi verbal, kekerasan fisik, kekerasan seksual, kekerasan terhadap mayat, dan ancaman nyawa).

- 11) Kesebelas adalah jatuh yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi dua yaitu : Pertama, tipe jatuh (tersandung, slip, kolaps, hilang keseimbangan. Kedua, keterlibatan saat jatuh (velbed, tempat tidur, kursi, strecher, toilet, peralatan terapi, tangga dan dibawa/dibantu oleh orang lain
- 12) Kedua belas adalah kecelakaan yang dimana sub tipe insidennya, dibagi menjadi sembilan yaitu: pertama, benturan tumpul (kontak dengan benda/binatang, kontak dengan orang, hancur remuk dan gesekan kasar). Kedua, serangan tajam/tusukan (cakaran/sayatan, tusukan, gigitan/sengatan, serangan tajam dan lainnya). Ketiga, kejadian mekanik lainnya (benturan akibat ledakan bom, kontak dengan mesin) peristiwa mekanik lain. Keempat, mekanisme panas (panas yang berlebihan dan dingin yang berlebihan). Kelima, ancaman pada pernapasan (ancaman mekanik pernafasan, pembatasan oksigen kekurangan tempat, *confinementnt to oxygen-deficient place*). Keenam, paparan bahan kimia atau substansi lainnya (keracunan bahan kimia atau substansi yang lain dan bahan kimia korosif). Ketujuh, mekanisme spesifik yang lain menyebabkan cedera (paparan listrik/radiasi). Kedelapan, paparan suara/getaran, paparan tekanan udara. Kesembilan, paparan karena gravitasi rendah, dan paparan karena dampak cuaca/bencana alam.
- 13) Ketigabelas adalah infrastruktur /bangunan/benda lain yang terpasang tetap yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi dua yaitu : pertama, keterlibatan struktur/bangunan (daftar struktur, daftar bangunan dan daftar furniture). Kedua, masalah (*in-adekuat* dan *damaged/faulty/worm*).
- 14) Keempat belas adalah resource/ manajemen organisasi yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi tiga yaitu : pertama , beban kerja manajemen yang berlebihan. Kedua, ketersediaan/keadekuatan tempat tidur/pelayan. Ketiga, sumber daya manusia, ketersediaan staf, organisasi, kebijakan/SOP.

15) Kelimabelas adalah laboratorium/patologi yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi dua yaitu : pertama, pengambilan/pick up, transportasi. Kedua, data *entry*, *processing*, verifikasi/validasi dan hasil.

d. Pelaporan Insiden

Kemenkes RI dalam KKPRS (2015), membuat banyak cara dalam mengidentifikasi resiko dengan mengembangkan sistem pelaporan dan sistem analisis. Dalam sistem pelaporan dengan menggerakkan seluruh staf dalam lingkungan kerja untuk memperhatikan hal-hal yang berpotensi berbahaya bagi pasien dan sangat penting untuk memantau kejadian atau kesalahan sehingga tergerak dalam melakukan investigasi selanjutnya.

**Tabel 2.1 Penilaian Dampak Klinis/Konsekuensi/Severity**

Tingkat Resiko	Deskripsi	Dampak
1	Tidak signifikan	– Tidak ada cedera
2	Minor	– Cedera ringan mis; luka lecet – Dapat diatasi dengan pertolongan pertama
3	Moderat	– Cedera sedang mis. Luka robek – Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (reversibel), tidak berhubungan dengan penyakit – Setiap kasus yang memperpanjang perawatan
4	Mayor	– Cedera luas / berat misal. Cacat, lumpuh – Kehilangan fungsi motorik/sensorik/ psikologis atau intelektual (irreversibel), tidak berhubungan dengan penyakit
5	Katastropik	– Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

**Tabel 2.2 Penilaian probabilitas / Frekuensi**

Tingkat Resiko	Rate
1	Sangat Jarang/Rate ( >5 tahun/kali)
2	Jarang/Unlikely ( >2.5 thn/kali)
3	Mungkin/Possible (1-2 thn/kali)
4	Sering/Likely (beberapa kali/thn)
5	Sangat Sering/Almost certain (Tiap minggu/bulan)

Setelah nilai dampak dan probabilitas diketahui, kemudian diamsukkan tabel matriks grading resiko dengan rumus Skor Resiko :  
**SKOR RISIKO = Dampak x probabilitas**

**Tabel 2.3. Matriks Grading Risiko**

Probabilitas	Tdk Signifikan	Minor	Moderat	Mayor	Katastropik
Sangat sering terjadi (Tiap minggu/bulan) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering terjadi (beberapa kali/thn) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1-<2 thn/kali) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi (>2-<5 thn / kali) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang terjadi (>5thn/kali) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

**Tabel 2.4 Tindakan sesuai Tingkat dan bands risiko**

Level/bands	Tindakan
<i>Exteme</i> (sangat tinggi)	Risiko ekstrim, dilakukan RCA paling lama 45 hari membutuhkan tindakan segera, perhatian sampai ke direktur
<i>High</i> (Tinggi)	Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari, kaji dengan detil dan perlu tindakan segera serta membutuhkan perhatian top manajer
<i>Moderate</i> (Sedang)	Risiko Sedang, dialkukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu. Manajer / pimpinan Klinis sebaiknya menilai dampak terhadap biaya dan keloal risiko
<i>Low</i> (Rendah)	Risiko Rendah, dilakukan investigasi sederhana paling lama 1 minggu diselesaikan dengan prosedur rutin

e. **Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keselamatan Pasien**

Faktor-faktor organisasi dan manajemen yang mempengaruhi pelaksanaan pasien safety di rumah sakit

1) Faktor pasien safety

Menurut Bennett & Brachman's dalam Syarandhari (2016), mengatakan bahwa faktor organisasi dan manajemen yang mempengaruhi implementasi pasien safety antara lain:

- a) Budaya Keselamatan adalah keyakinan seseorang atau sekelompok orang, sikap, persepsi, kemampuan yang dimiliki, dan perilaku yang mendukung manajemen dan program pasien safety.
- b) Pemimpin memegang peranan yang sangat penting dalam implementasi program keselamatan pasien.
- c) Komunikasi efektif adalah jelas, tepat waktu, akurat, lengkap dan mudah dipahami oleh orang lain/pasien serta meminimalkan timbulnya insiden.
- d) Petugas kesehatan mempunyai peranan penting terhadap pelaksanaan pasien safety, contohnya kepedulian petugas terhadap kepatuhan hand hygiene untuk mengurangi penularan patogen, perubahan perilaku yang paling mendasar untuk petugas kesehatan.

## 2) Faktor Pelaporan Insiden

Menurut Fung, Koh, & Chow (2012), faktor-faktor yang mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien yaitu:

### a) Karakteristik Individu

Karakteristik individu sangat berpengaruh dalam pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien karena apa yang menjadi karakteristik petugas kesehatan itulah yang akan di bawah kedalaman dunia kerja, diantaranya adalah pengetahuan, sikap, tingkat pendidikan, motivasi dalam bekerja, pengalaman kerja, pelatihan yang diikuti dalam pengembangan dirinya.

### b) Ketakutan (*blaming culture*)

Temuan yang didapatkan oleh Fung, Koh, & Chow (2012), mengatakan bahwa petugas kesehatan menunjukkan rasa takut disalahkan, serta merasa takut tidak dianggap berkompeten, takut terhadap pemberhentian dalam pekerjaan, saat melaporkan masalah atau insiden yang dilakukannya. Sehingga budaya saling menyalahkan masih terus terjadi diantara petugas kesehatan.

Di suatu organisasi bilah terjadi insiden pimpinan hanya berfokus pada analisis terhadap kesalahan tanpa adanya budaya saling menyalahkan, dan sebaiknya tidak perlu memberikan sanksi pada petugas yang sudah berani melaporkan masalah yang dialaminya. Namun, petugas yang bersalah diberikan pembinaan terhadap kesalahan awal yang dilakukannya, tetapi jika dia masih melakukan kesalahan yang sama baru di berikan sangsi.

c) Umpan balik

Dalam pelaporan insiden keselamatan pasien umpan balik yang efektif sangat penting agar organisasi memahami apa yang menjadi kelemahan, kegagalan untuk jauh lebih baik di masa yang akan datang. Umpan balik harus diberikan kepada seluruh staf atau petugas kesehatan kesadaran petugas semakin bertambah demi untuk keselamatan. Menurut Benn et al, dalam Brunsveld-Reinders, et al (2016), ada lima model umpan balik dalam pelaporan insiden keselamatan pasien: (1) bounce back (informasi kepada pelapor), (2) respon cepat (tindakan dalam sistem kerja lokal), (3) meningkatkan risiko kesadaran (informasi untuk semua personel lini depan), (4) informasikan staf tindakan yang diambil (informasi kepada pelapor dan komunitas pelaporan yang lebih luas) dan (5) meningkatkan keamanan sistem kerja (tindakan dalam pekerjaan lokal sistem).

d) Reward/Panishments

*Reward* adalah apresiasi yang diberikan dalam bentuk material ataupun ucapan baik secara perorangan ataupun lembaga untuk prestasi, berhasil dalam melakukan sesuatu tertentu (Nursalam, Saputri, Kartini, & Sukartini, 2019). Dalam pelaporan insiden keselamatan pasien pimpinan pihak manajemen perlu untuk memberikan insentif, tindakan disiplin, ada suvey dan

wawancara yang berkelanjutan dari manajemen atau pihak-pihak terkait.

e) Proses/Alur pelaporan insiden

Kebijakan dalam sistem pelaporan insiden penting yang mempengaruhi pelaporan insiden. Masalah yang sering terjadi dalam sistem pelaporan yang tidak efektif, terutama jika petugas kesehatan tidak memahami proses pelaporan jika ada kekurangan kebijakan, kurangnya sistem pencatatan, kurangnya standar untuk pelaporan dan kekurangan definisi yang jelas tentang kesalahan yang dilaporkan. Sistem pelaporan yang dianggap sebagai beban juga mempengaruhi tingkat pelaporan. Petugas kesehatan menganggap proses pelaporan sebagai beban karena dokumen rinci dan formulir panjang atau tidak praktis. Selain itu, beban kerja petugas kesehatan yang merasa bahwa mereka tidak memiliki cukup waktu untuk melakukan pelaporan atau bahkan lupa melaporkan beberapa kesalahan pengobatan.

f) Organisasi/manajemen

Human Error atau kelalaian yang dilakukan oleh manusia dapat dikatakan bahwa ketidakberhasilan manusia dalam menyusun perencanaan tindakan baik itu fisik maupun psikis akhirnya menghasilkan suatu insiden dalam organisasi yang efeknya dapat merugikan organisasi tersebut. Lebih lanjut, kejadian near miss merupakan suatu kondisi yang tidak bisa di hindari terjadi dan belum sampai menyebabkan kerugian pada pasien, tapi nyaris terjadi. Oleh sebab itu organisasi atau lembaga dalam meminimalkan insiden seperti near miss yang bisa membahayakan pasien apabila tidak ada tindak lanjut dari pihak manajemen. Merancang pelayanan yang bermutu itu tergantung dari pengelolaan manajemen. Sistem pelaporan di suatu organisasi rumah sakit sangat penting untuk kualitas pelayanan, kepuasan pasien serta peningkatan kualitas

pelayanan, karena suatu kejadian akan dijadikan sebagai pembelajaran agar kesalahan tersebut bisa diminalkan bahkan tidak lagi terjadi. Sebaliknya jika organisasi tidak peduli dengan kejadian yang ada maka insiden itu akan terus terjadi karena tidak ada pengawasan dari organisasi (Amaniyani, Faldaas, Logan, & Vaismoradi, 2020).

g) Lingkungan kerja

Lingkungan kerja merupakan interaksi individu dengan pekerjaan mereka. lingkungan kerja dapat mengacu pada lingkungan suatu departemen, unit atau organisasi secara keseluruhan. Lingkungan kerja termasuk faktor yang mempengaruhi pelaporan insiden yang dapat menentukan kualitas keamanan dan pelayanan petugas kesehatan terhadap pasien. Terdapat perbedaan dalam pelaporan kesalahan pengobatan tergantung pada jenis unit petugas bekerja (Behavior & Peters, 1991).

## **9. Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien**

Suatu sistem berkesinambungan satu dengan lainnya, seperti siapa yang melakukan, prosesnya bagaimana dan alat apa yang digunakan dan hasilnya bagaimana. Keselamatan pasien adalah suatu sistem untuk meningkatkan kenyamanan pasien, menjaga agar tidak terjadi hal-hal yang tidak diinginkan seperti kesalahan, pelanggaran, penyalagunaan pasien dan memberikan tindakan dalam pelayanan kesehatan yang bisa merugikan pasien (*World Health Organization, 2009*). Sangat penting untuk melakukan pencegahan terhadap hal yang merugikan pasien dengan berusaha agar kejadian dilakukan tidak terjadi berulang ke pasien. Oleh sebab itu, pelaporan insiden keselamatan pasien sangat penting di seluruh unit pelayanan di rumah sakit. Sistem pelaporan ini akan membantu petugas kesehatan untuk mengidentifikasi jenis kejadian atau bahaya, membantu untuk mengidentifikasi sistem yang tidak jalan yang mempengaruhi proses pelaporan, (*World Health Organization, 2009*). Ada

beberapa komponen yang harus diperhatikan dalam pelaporan insiden keselamatan pasien yaitu:

a. Sistem

Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien erat kaitannya dengan proses pembelajaran dan akuntabilitas. Pelaporan insiden dijadikan sebagai pembelajaran karena hasil dari pelaporan dapat meningkatkan pengalaman dan menjadi bahan untuk perbaikan sistem di masa yang akan datang. Sedangkan sistem akuntabilitas yaitu adanya tindak lanjut dari pihak manajemen untuk perawatan pasien yang aman dan nyaman. Sistem pelaporan penting untuk memperhatikan kerahasiaan data, dilakukan sistem pelaporan internal dan dilanjutkan ke sistem pelaporan eksternal.

b. Pelaporan

Dalam proses pelaporan diawali dengan jenis laporan seperti kesalahan pengobatan, cedera, cedera yang serius yang menyebabkan pasien meninggal. Selanjutnya, mengidentifikasi jenis insiden yang terjadi seperti : (1). *Reportable Circumstance* yaitu potensi bahaya terjadi namun tidak ada kerugian pada pasien. (2). *Near Miss* adalah kejadian yang nyaris terjadi. (3). *No Harm Incident* yaitu insiden yang terjadi namun tidak menimbulkan kerugian pada pasien. (4). *Adverse Event* yaitu insiden yang merugikan pasien.

Pelaporan insiden keselamatan pasien harus jelas siapa yang akan melakukannya, apakah semua orang yang terlibat di dalamnya. Selanjutnya cara dalam melakukan pelaporan ada yang mengirimkan laporan tertulis, berbasis *web*, terpusat dalam data *based*, surat, faks, dan telpon. Agar prosesnya efektif sebaiknya cara pelaporannya media elektronik, email, internet agar pelapor dengan mudah mengakses dan melakukan pelaporan.

c. Analisis

Analisis merupakan tindakan penyelidikan terhadap sesuatu untuk mengetahui adanya hubungan sebab terhadap suatu peristiwa. Dalam

pelaporan insiden keselamatan pasien, datanya dikumpulkan lalu dianalisis jenis insidennya, rencana tindak lanjutnya.

Langka awal yang dilakukan adalah mengidentifikasi bahaya dilakukan untuk memprioritaskan tindakan yang akan dilakukan selanjutnya. Langka kedua adalah menganalisis tren dengan menggunakan statistik terhadap kejadian yang terjadi dari waktu-kewaktu. Langka ketiga adalah melakukan analisis hubungan atau korelasi. Langka keempat, analisis resiko dilakukan untuk menganalisis tingkat resiko, dan seberapa besar kejadian itu akan berulang lagi terjadi. Langka kelima, menganalisis kausal artinya menganalisis adanya faktor penyebab dari berbagai sumber, contohnya beban kerja, komunikasi, kerja tim, lingkungan, hubungan korelasi dengan banyak sebab akibat. Dan yang terakhir adalah analisis sistem dimana melakukan pengumpulan data terkait dengan strategi peningkatan pelaporan insiden keselamatan pasien dan penghambat pelaksanaan insiden keselamatan pasien.

### **C. Tinjauan *Scoping Review***

#### **1. Penelitian Keperawatan**

Penelitian menurut (Cherry & R. Jacob, 2014) merupakan suatu model penyelidikan yang sistematis atau dengan kata lain suatu pembelajaran untuk mengembangkan pengetahuan. Penelitian memvalidasi dan memurnikan pengetahuan yang ada dan mengembangkan pengetahuan baru, dan hasilnya menciptakan basis ilmiah yang kuat dalam praktek keperawatan.

Penelitian keperawatan adalah suatu pendekatan sistematis yang digunakan untuk menguji fenomena penting tentang perawat dan keperawatan. Bukti yang dihasilkan oleh penelitian keperawatan menyediakan dukungan kualitas dan pembiayaan yang efektif dalam intervensi keperawatan. Sehingga penerima perawatan mendapatkan keuntungan dengan adanya penelitian keperawatan dan mengadakan perubahan dalam praktek keperawatan (Cherry & R. Jacob, 2014).

Sejarah penelitian keperawatan dimulai dari *Era Florence Nightingale*. Karya klasiknya, *Notes on Nursing* (1859/1969), menekankan pentingnya observasi dalam perawatan pasien. Ia yakin bahwa melalui observasi para perawat dapat menentukan perawatan terbaik untuk pasien. Penekanan pada observasi sistematis, sebagai kebalikan dari suatu pendekatan *trial and error* (mencoba-coba) dalam pemberian perawatan pasien, menanamkan bibit-bibit evolusi sains keperawatan (Burns, 2001).

## 2. Definisi Scoping Review

*Scoping review* adalah suatu proses atau metode yang digunakan untuk mengidentifikasi dan menganalisis literatur yang sesuai dengan pertanyaan penelitian (DiCenso et al., 2010). Dalam melakukan ulasan harus memenuhi tujuan dan persyaratan oleh peneliti, karena sudah ada panduan yang jelas dalam melakukan ulasan (Ehrich et al 2020;Levac, Colquhoun, & O'Brien, 2010).

*Scoping Review* merupakan tinjauan pustaka yang terintegrasi dengan Hasil penelitian (Daudt, Van Mossel, & Scott, 2013). Seiring dengan berjalannya waktu, peningkatan kualitas dan produktivitas penelitian juga mengalami peningkatan dan perkembangan yang sangat pesat (Bastian, Glasziou, & Chalmers, 2010). Menurut Grant & Booth (2009), kebutuhan dalam melakukan sintesis berbagai bukti, dengan memilih rancangan dan metode yang baru sesuai dengan perkembangan maka jenis cara dan metode juga terus bertambah menjadi 14 jenis tinjauan yang berbedah yang dapat kita pilih sebagai alternatif untuk jenis ulasan topik yang kita butuhkan. Sedangkan pada tahun 2016, validasi jenis penelitian meningkat menjadi 25 metode yang digunakan dalam menilai ulasan berbasis bukti (Tricco, Soobiah, et al., 2016). Lebih lanjut, Sutton, Clowes, Preston, & Booth (2019), mencapai 48 jenis tinjauan yang dilakukan dalam menilai ulasan berbasis bukti. Scoping review adalah pendekatan yg valid dipakai waktu systematic review nir bisa memenuhi tujuan studi(Munn et al., 2018) Lingkup tinjauan, juga dikenal sebagai tinjauan pemetaan, adalah jenis tinjauan yang digunakan

untuk mencari literatur secara komprehensif, meringkas bukti, dan memberikan informasi untuk penelitian masa depan (Arksey & O'Malley, 2005; M. D. J. Peters et al., 2015).

Menurut Cooper et al. (2021), perbedaan antara *scoping review* dengan *systematic review* adalah sebagai berikut yaitu :

- a. Tinjauan ruang lingkup bersifat luas dan kriteria pemilihan tidak terlalu ketat untuk *scoping review*, tetapi untuk tinjauan sistematis sangat spesifik untuk tujuan penelitian.
- b. Unsur-unsur kriteria inklusi tinjauan *scoping* didasarkan pada PCC (populasi/peserta, konsep dan konteks), sedangkan unsur-unsur tinjauan sistematis meliputi unsur PICO (populasi, intervensi, perbandingan, hasil).
- c. Studi yang termasuk dalam tinjauan *scoping* lebih luas karena tidak dibatasi pada desain penelitian tertentu, tetapi tinjauan sistematis terbatas pada desain penelitian yang sesuai.
- d. Dalam melakukan ulasan *systematic review* perlu untuk menilai kualitas penelitian untuk mendapatkan bukti terbaik, tetapi tinjauan *scoping review* tidak harus menilai kualitas semua penelitian yang terlibat.

### **3. Tujuan *Scoping Review***

Dalam melakukan ulasan *scoping review* yang mempunyai tujuan sebagai berikut:

- a. Untuk memberikan gambaran pada suatu topik yang akan di ulas;
- b. Untuk menemukan bukti yang tersedia di bidang tertentu, sesuai dengan keinginan peneliti;
- c. Untuk memberikan kejelasan terhadap suatu konsep utama dalam suatu ulasan;
- d. Untuk mengetahui seberapa besar mutu dari penelitian yang sedang kita ulas;
- e. Untuk menemukan jenis atau faktor utama terkait dengan suatu konsep, yang menjadi landasan utama dalam melakukan ulasan;

- f. Untuk mengetahui data atau informasi terkait dengan adanya kesenjangan antara teori dan kenyataan yang ada di lapangan.
- g. Menggambarkan literatur yang ada pada bidang/volume, minat, jenis dan karakteristik studi utama yang dipelajari pada langkah pengumpulan hasil, ringkasan, pelaporan, penyediaan ringkasan data deskriptif dan numerik serta analisis subjek dari jurnal terpilih (M. T. Pham et al., 2014).

#### **4. Pertimbangan dalam memilih *Scoping Review***

Berdasarkan tujuan *scoping review* untuk memberikan gambaran secara menyeluruh terhadap suatu topik yang akan sintesis dibandingkan dengan *systematic review* yang cakupannya lebih sempit (Arksey & O'Malley, 2005a). Seperti halnya dalam ulasan ini identifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi penerapan pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit *scoping review* tidak mewajibkan proses pengkajian kualitas penelitian pada jenis ulasan yang ada, namun peneliti dapat melakukan ulasan sesuai dengan tujuan topik penelitian yang telah di rumuskan (M. D. J. Peters et al., 2015; M. D. Peters et al., 2020)

Menurut Arksey & O'Malley (2005), dalam melakukan penyusunan *scoping review* digunakan untuk membuat studi pendahuluan yang sementara berlangsung, lalu tujuan akhirnya menghasilkan tinjauan yang lengkap. Lebih lanjut, Munn et al. (2018), yang menjadi indikasi dalam penyusunan *scoping review* adalah :

- a. Membuat tinjauan *scoping* dapat membantu dalam mengidentifikasi dan menganalisis kesenjangan pengetahuan.
- b. Sebelum membuat *systematic review* sebaiknya terlebih dahulu membuat *scoping review* yang dapat disusun sebagai Studi Pendahuluan.
- c. Dalam penyusunan *scoping review* dengan mengidentifikasi jenis bukti yang tersedia dan dapat dipergunakan dalam bidang studi.
- d. *Scoping review* dilakukan untuk memperjelas konsep atau definisi dari literatur.

- e. Contoh: Identifikasi karakteristik utama atau faktor yang terkait dengan konsep.
- f. Sebagai latihan ketika melakukan penelitian tentang topik tertentu.

## **5. Kerangka Kerja dalam Penyusunan *Scoping Review***

Menurut Arksey dan O'Malley (2005), merumuskan kerangka kerja dalam melakukan *scoping review*. Seiring dengan berjalannya waktu kerangka kerja ini dikembangkan lagi oleh, (Levac et al., 2010; Arksey & O'Malley, 2005). Pedoman penyusunan *scoping review* ini telah ditetapkan oleh *the joanna briggs institute*, dalam penyusunannya sudah memenuhi syarat dan dapat dipercaya kebenarannya (Peters et al., 2015; Linda, Micah D.J., Meinertz, & Anna, 2017). Pembaharuan yang dilakukan terus menerus, penyempurnaan *scoping review* dalam pelaksanaan sintesisnya harus sesuai dengan perilakunya. Lebih lanjut, dalam penyusunannya menggunakan *Preferred Reporting Item for Systematic Reviews (PRISMA) scoping review (PRISMA-ScR)*, (Tricco, Lillie, et al., 2016; Munn et al., 2018; Tricco et al., 2018). Dalam penyusunan *scoping review* ini berdasarkan kerangka kerja yang harus diikuti dalam penyusunannya.

### **a. Tahapan menurut Arksey dan O'Malley,**

- 1) Tahap pertama melakukan identifikasi pertanyaan penelitian, membantu untuk menentukan langka yang akan digunakan selanjutnya. Dalam membuat pertanyaan penelitian harus di buat secara jelas dan relevan karena akan mempengaruhi proses pencarian selanjutnya. Pertanyaan penelitian bersifat luas karena mereka berusaha memberikan kerangka kerja yang luas.
- 2) Tahap kedua mengidentifikasi studi yang relevan dengan mengembangkan proses perencanaan terkait tempat pencarian, sumbernya dari mana, penggunaan istila, pembatasan waktu serta bahasa yang di gunakan. Sumber termasuk basis data elektronik, daftar referensi, pencarian langsung jurnal-jurnal utama, dan organisasi serta konferensi, waktu, anggaran, dan sumber daya individu.

- 3) Tahap ketiga pemilihan studi, seleksi studi melibatkan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria ini, dengan didasarkan pada penciri pertanyaan penelitian dengan topik pelajaran melalui membaca studi.
- 4) Tahap empat memetakan data. Bentuk data charting dikembangkan dan digunakan untuk mengekstraksi data dari setiap studi. Metode 'tinjauan naratif' atau 'deskriptif analitis' digunakan untuk mengekstraksi informasi yang berorientasi kontekstual atau proses dari setiap studi.
- 5) Tahap lima menyusun, meringkas dan melaporkan hasil. Kerangka analitik atau konstruksi tematik digunakan untuk memberikan tinjauan luasnya literatur hasil pelaporan tapi bukan sintesis. Analisis numerik tingkat dan sifat studi menggunakan tabel dan grafik disajikan. Analisis tematik kemudian disajikan. Kejelasan dan konsistensi diperlukan saat melaporkan hasil
- 6) Tahap enam tahap kerangka kerja: konsultasi bukti. Memberikan peluang bagi keterlibatan konsumen dan pemangku kepentingan untuk menyarankan referensi tambahan dan memberikan wawasan di luar yang ada dalam literatur

**b. Tahapan menurut Levac, Colquhoun dan O'Brien (Levac et al., 2010)**

**Tahap pertama mengidentifikasi pertanyaan penelitian.**

- 1) Memperjelas pertanyaan penelitian
- 2) Mempertimbangkan tujuan, hasil dari perumusan tujuan.
- 3) Memperjelas alasan dalam melakukan review.

**Tahap kedua mengidentifikasi studi yang relevan.**

- 1) Pertanyaan penelitian memandu dalam melakukan studi
- 2) Tim peneliti akan memastikan dalam proses penyelesaian penelitian.
- 3) Membatasi ruang lingkup dalam melakukan penelitian review.

**Tahap ketiga pemilihan studi.**

- 1) Tahap ini harus dianggap sebagai proses berulang melibatkan pencarian literatur, penyempurnaan strategi pencarian, dan meninjau artikel untuk dimasukkan dalam studi.
- 2) Proses pengambilan keputusan untuk pemilihan studi yang tidak jelas. Pada awal proses, tim harus bertemu untuk membahas keputusan seputar inklusi dan eksklusi studi. Setidaknya dua pengulas harus secara independen meninjau abstrak untuk dimasukkan. Peninjau harus bertemu pada tahap awal, titik tengah dan akhir dari proses tinjauan abstrak untuk membahastantangan dan ketidakpastian terkait dengan pemilihan studi dan untuk kembali dan memperbaiki strategi pencarian jika diperlukan.

**Tahap empat memetakan data.**

- 1) Sifat dan data yang diekstraksi dari studi yang dimasukkan harus jelas. Tim peneliti harus secara kolektif mengembangkan data bentuk bagan dan tentukan variabel mana yang akan diekstraksi untuk menjawab pertanyaan penelitian. Pembuatan bagan harus dianggap sebagai proses berulang di mana peneliti terus-menerus mengekstraksi data dan memperbarui formulir pembuatan bagan data. Dua penulis harus secara independen mengekstraksi data dari lima hingga sepuluh studi termasuk menggunakan formulir data-charting dan bertemu untuk menentukan apakah pendekatan mereka terhadap ekstraksi data konsisten dengan pertanyaan dan tujuan penelitian.
- 2) metode analisis deskriptif 'untuk memetakan data adalah kurang didefinisikan. Data yang berorientasi pada proses mungkin memerlukan perencanaan ekstra untuk analisis. Disarankan untuk menggunakan pendekatan analisis konten kualitatif

**Tahap lima menyusun, meringkas dan melaporkan hasil.**

- 1) Analisis (termasuk analisis ringkasan numerik deskriptif melaporkan hasilnya dan analisis tematis kualitatif)

- 2) Melaporkan hasil dan mendapatkan hasil yang mengacu pada tujuan keseluruhan atau pertanyaan penelitian
- 3) Pertimbangkan arti dari temuan karena berhubungan dengan tujuan studi secara keseluruhan; mendiskusikan implikasi untuk penelitian, praktik, dan kebijakan masa depan.

**Tahap enam kerangka kerja: konsultasi bukti.**

- 1) Tahap ini opsional.
- 2) Tidak ada kejelasan tentang kapan, bagaimana dan mengapa berkonsultasi dengan para pemangku kepentingan dan bagaimana mengintegrasikan informasi dengan temuan studi

**c. Tahapan menurut, Peters et al. (2020), dalam panduan *the joanna briggs institute 2020* yang terdiri dari beberapa tahap sebagai berikut:**

**1) Tahap 1 : Menentukan tujuan dan pertanyaan studi**

Pada tahap ini, peneliti mengidentifikasi tentang pertanyaan penelitian digunakan sebagai referensi saat mencari literatur. Pertanyaan yang dibuat harus sesuai dengan topik tinjauan dan sesuai dengan tinjauan penelitian. Pengembangan panduan penelitian untuk mencapai penelitian yang berkualitas dengan memperhatikan proses penelitian yang transparansi, hindari segala kemungkinan yang akan terjadi seperti penolakan karena tidak sesuai antara daraf dengan temuan. Tujuan dan pertanyaan studi ini membantu dalam mengarahkan peneliti ke arah yang lebih spesifik, dan menjadi dasar dalam melakukan review. Selanjutnya menentukan jenis studi yang akan di *review*, dengan memperhatikan prinsip teoritis yang menjadi dasar dari peneliti.

Unsur yang harus di perhatikan dalam penyusunannya adalah PCC (*population/participant/subjek, concept/fokus penelitian dan konteks* atau ruang lingkup). Dalam penerapannya harus menentukan populasinya, dan memperjelas concept dan konteknya secara jelas agar dalam melakukan penelitian lebih

terarah dan sistematis. Pertanyaan yang jelas dapat membantu dalam pencarian literatur yang baik (Arksey & O'Malley, 2005). Tema yang di tampilkan dalam scoping review bersifat informatif, dan mempunyai topik yang jelas.

## 2) Tahap 2 : Mengembangkan kriteria inklusi

Penting menentukan kriteria inklusi karena menjadi pedoman bagi pembaca mengetahui secara jelas tujuan studi yang akan di *review*. Pada tahap ini harus sejalan dengan tujuan tujuan *review* karena hal ini menjadi tolak ukur dalam melakukan pencarian, menentukan batasan dalam penelitian serta mempermudah *reviewer* dalam melakukan skrining. Menurut Peters et al. (2015), unsur yang penting dalam scoping review adalah PCC (*population, concept, dan konteks*) yaitu :

### a) Partisipan/populasi

Dalam menentukan karakteristik partisipan harus jelas, seperti pasien, perawat dll.

### b) Konsep

Konsep dalam *scoping review* harus jelas, detail karena menentukan seberapa luas konsep yang kita inginkan dalam melakukan pencarian, konsepnya berupa fenomena, intervensi, dan edukasi.

### c) Konteks

Konteks ini merupakan ruang lingkup penelitian, ras, geografis, budaya dan jenis kelamin. Kontek ini di sesuaikan dengan pertanyaan penelitian.

### d) Jenis sumber bukti diantaranya *systematic review, meta analisis, surat, pedoman, situs web, blog* dan sebagainya. Walaupun demikian, *reviewer* juga dapat menerapkan batasan pada jenis sumber yang ingin dimasukkan. Hal tersebut berdasarkan dengan jenis sumber yang sesuai dan berguna dengan topik yang dibahas.

### **3) Tahap 3 : Menyusun strategi pencarian**

Menurut Lockwood et al, (2019), ketelitian dalam melakukan pencarian dapat mendukung kualitas scoping review yang di buat. pada tahap ini ada 3 langka yang disusun dalam strategi pencarian sesuai dengan rekomendasi JBI (Peters et al. 2015):

- a) Melakukan pencarian dengan menggunakan 2 database seperti PubMed, Official Litbangkes, Wiley Online Library, setelah itu menyusun kata kunci yang digunakan sesuai dengan tujuan penelitian.
- b) Melakukan pencarian dengan menggunakan kata kunci yang sudah di siapkan pada setiap database yang di pilih.
- c) Menelusuri daftar referensi dan artikel yang telah di pilih, melakukan pemilihan bahasa dan tahun publikasi sesuai dengan kriteria.

### **4) Tahap 4 : Melakukan Pencarian bukti sebagai sumber dalam melakukan tinjauan review**

Dalam mencari sampel bersifat luas, seperti pencarian di internet, manual, referensi dalam studi yang dipilih. Semua studi yang terkait dengan topik masukkan dalam tinjauan studi, dan bisa juga pengambilan secara acak sesuai dengan tujuan peneliti. Dengan demikian, dalam pencarian literatur harus jelas dan benar termasuk penggunaan kata kunci dalam pencarian, tempat penyimpanan data, metode tambahan yang digunakan, serta memperjelas kriteria inklusi dan eksklusi (Whittemore & Knafl, 2005). Dalam pencarian dengan memperhatikan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan sebelumnya. Artikel yang tidak memenuhi kriteria di dikeluarkan dan memberikan alasan kenapa artikel tersebut di dikeluarkan.

### **5) Tahap 5 : Memilih bukti yang relevan**

Pada tahap pemilihan data atau bukti yang relevan, ini harus menggunakan cara yang benar agar data yang

dikumpulkan relevan dengan dengan pertanyaan penelitian. Di dalamnya harus jelas populasinya, metode yang digunakan, besar sampel, variabel pengukuran serta cara menganalisis.

Menurut Grant & Booth (2009), kebutuhan dalam melakukan sintesis berbagai bukti, dengan memilih rancangan dan metode yang baru sesuai dengan perkembangan maka jenis cara dan metode yang dapat kita pilih sebagai alternatif untuk jenis ulasan topik yang kita butuhkan. Ulasan ini berdasarkan pada pedoman PRISMA tentang penulisan laporan, untuk protokol penilaian serta pemilihan (Tricco, Lillie, et al., 2018; Moher et al., 2009).

Artikel penelitian yang diulas melalui proses yang terdiri dari 4 langkah yang ditampilkan pada gambar 1. (diagram alur seleksi studi dan inklusi). Langkah awal yaitu *Identification*, dari semua studi hasil pencarian digabungkan berdasarkan tahun publikasi <10 tahun pada databest kemudian diidentifikasi duplikat dari artikel penelitian yang sama akan dihapus. langkah kedua melakukan *screening* artikel yang tidak relevan. Kemudian Langkah ketiga yaitu *Eligibility* penulis melakukan uji kelayakan sesuai dengan kriteria inklusi (populasi yang diharapkan, *full text* dan *text* berbahasa inggris) yang telah ditentukan sebelumnya, sedangkan yang tidak sesuai dengan kriteria di eksklusikan. Langkah terakhir adalah artikel yang telah melewati proses diatas selanjutnya dilakukan ulasan sistematik (*Included*).

#### **6) Tahap 6 : Ekstraksi data**

Ulasan dalam *scoping review* ini diambil dari penelitian atau artikel dengan menggunakan alat ukur ekstraksi data dari *Joanna Briggs Institute* (JBI). Dalam ulasan ini mencakup fenomena, populasi, desain yang digunakan, dan relevan dengan pertanyaan penelitian serta topik yang kita inginkan (Jonna Briggs Institute, 2019). Untuk penelitian ini, alat ekstraksi data

dirancang untuk memandu informasi dari catatan sesuai dengan tujuan penelitian. Data yang diekstraksi pada setiap study yang inklusi meliputi (M. D. J. Peters et al., 2015): Penulis, Tahun publikasi, Negara tempat studi publikasi dilakukan, Tujuan Populasi dan ukuran sampel, Metode studi, Tipe intervensi dan perbandingan (jika ada), Hasil, Temuan sesuai dengan pertanyaan penelitian

Pada tahun 2018 pernyataan dalam PRISMA/ Pernyataan *Preferred Reporting Item for Systematic Reviews* di perbaharui menjadi *Scoping Review* (Tricco, Lillie, et al., 2018; Peters et al., 2017). Dari tahun ke tahun mengalami perkembangan, yang di kembangkan oleh pakar/ahli menjadi PRISMA-ScR, hal ini menjadi acuan bagi peneliti dalam melakukan sintesis bukti dalam bentuk JBI yang digunakan sampai saat ini (Peters et al., 2017).

#### **7) Tahap 7 : Melakukan analisis terhadap bukti yang relevan**

Pada tahap ini penting untuk menggunakan metode pendekatan yang sistematis untuk menganalisis setiap studi. Analisis dengan menggunakan tematik, Metode yang digunakan peneliti untuk menentukan bahwa studi tersebut kualitasnya baik, yaitu :

- a) Level 1 : bukti yang dihasilkan dari meta analisis dari uji klinik secara acak;
- b) Level 2 : studi dengan desain eksperimental;
- c) Level 3 : studi quasi eksperimen;
- d) Level 4 : Studi deskriptif/non-eksperimen, kualitatif;
- e) Level 5 : Laporan kasus pengalaman;
- f) Level 6 : Berdasarkan pendapat para ahli.

#### **8) Tahap 8 : Melaporkan hasil**

Pada tahap ini penulis menginterpretasikan hasil dengan baik dan lengkap karena harus secara jelas bagi pembaca maksud dan tujuan dari hasil *review*. Menurut Lockwood et al.,

(2019), ada beberapa cara yang dilakukan dalam menampilkan hasil. Lebih lanjut, Micah Peters et al. (2020), presentasi hasil dapat dilakukan dalam bentuk tabel, diagram, bagan atau gambar, dan disesuaikan dengan tujuan/pertanyaan *scoping review*, berikut contohnya

a) Tabel

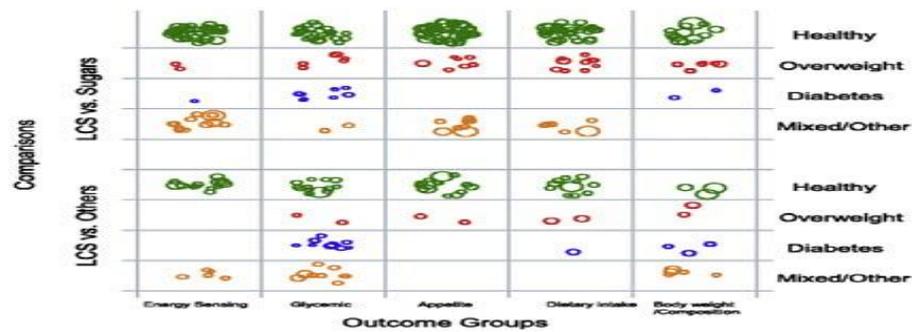
Tabel yang disajikan akan berisi informasi tentang distribusi seperti tahun publikasi, negara atau tempat dilakukannya studi, populasi, intervensi jika ada, dan desain studi yang menggambarkan hasil secara deskriptif yang dihubungkan dengan tujuan dan pertanyaan studi.

Table 1. General characteristics of included scoping reviews ( <i>n</i> = 344).		
Characteristic	Number ( <i>n</i> = 344)	Percentage (%)
Publication year		
<2000	1	0.3
2000–2004	19	5.5
2005–2009	87	25.3
2010–October 2012	237	68.9
Publication type		
Journal article	223	64.8
Conference proceeding	25	7.3
Thesis dissertation	1	0.3
Government or research station report	95	27.6
Sector		
Health	202	58.7
Health and Social sciences	53	15.4
Social sciences	14	4.1
Business	1	0.3
Agriculture and agri-food	4	1.2
Education	15	4.4
Software engineering	41	11.9
Other	14	4.1
Scoping terminology		
Scoping review	212	61.6
Scoping study	42	12.2
Systematic mapping	42	12.2
Evidence mapping	9	2.6
Literature mapping	4	1.2
Rapid review	5	1.5
Scoping exercise	15	4.4
Other	15	4.4
Scoping definition		
Reported in article	217	63.1
Not provided, cited another source	22	6.4
Study length (mean; range)	5.15 months	2 weeks to 20 months

**Gambar 2.1 Penyajian Data dalam Bentuk Bagan** (Levac et al., 2010)

b) Bagan gelembung

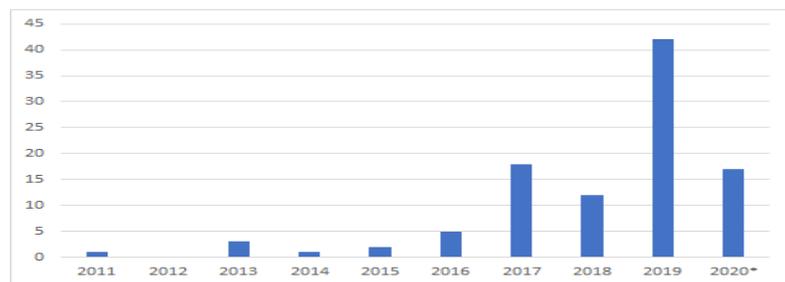
Pelaporan data dalam bentuk bagan gelembung digunakan untuk menampilkan beberapa konsep. Sebagai contoh pada gambar bagan di bawah ini adalah untuk membandingkan tiga kumpulan nilai dimana gelembung mewakili studi, ukuran menggambarkan jumlah studi, sedangkan warna menggambarkan desain studi (Nyanchoka et al., 2019).



Gambar 2.2 penyajian data dalam bentuk bagan gelembung (Nyanchoka et al., 2019)

c) Grafik atau Diagram batang

Penyajian data dalam bentuk grafik atau diagram batang digunakan jika konsep pada tinjauan bersifat luas dan memiliki banyak karakteristik (Lockwood et al., 2019) . Pada gambar berikut menunjukkan jumlah artikel yang diterbitkan dari tahun 2011-2010.

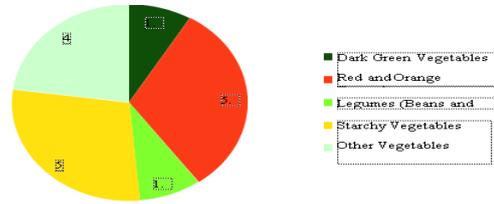


Gambar 2.3 penyajian data dalam bentuk diagram batang (Maggio, Larsen, Thomas, Msis, & Jr, 2020)

d) Diagram lingkaran

Penyajian hasil dalam bentuk diagram lingkaran berikut menggambarkan pedoman diet konsumsi sayuran warga

Amerika (Marshall, van den Berg, Ranjit, & Hoelscher, 2020)



Gambar 2.4 penyajian data dalam bentuk diagram lingkaran (Marshall et al., 2020)

a) Bentuk bagan

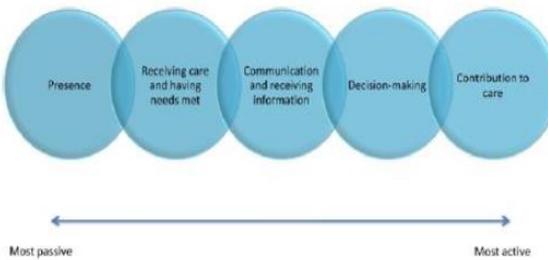


Figure 11.2: Example of data presentation (types of family involvements in intensive care units and level of involvement from passive to active). (Olding et al. 2016)

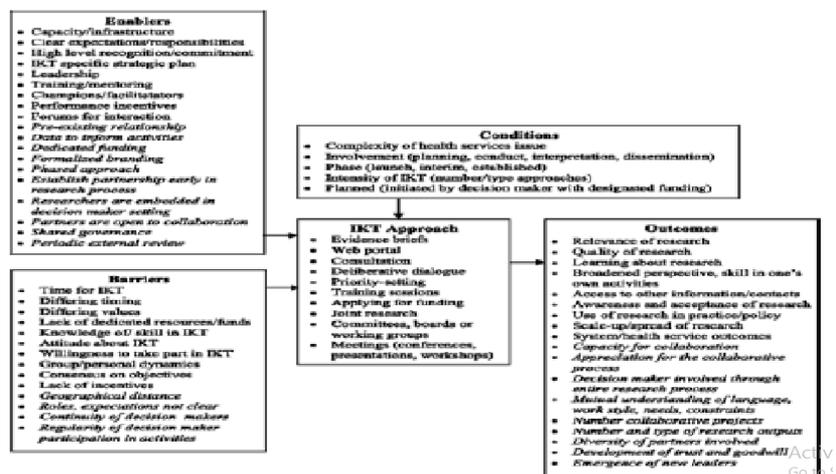


Figure 11.3: Example of data presentation (IKT approaches or strategies, enablers, barriers, and outcomes). (Gagliardi et al. 2015)

Gambar 2.5 Penyajian Data dalam Bentuk Bagan

Sumber: *Reviewer Manual Guide JBI (2020)*

Bentuk bagan dapat menyajikan data dengan tujuan untuk lebih memahami kesenjangan pengetahuan, hubungan

antara karakteristik, faktor-faktor yang mempengaruhi dan pengaruh sebuah intervensi.

#### **9) Tahap 9 : Merangkum bukti**

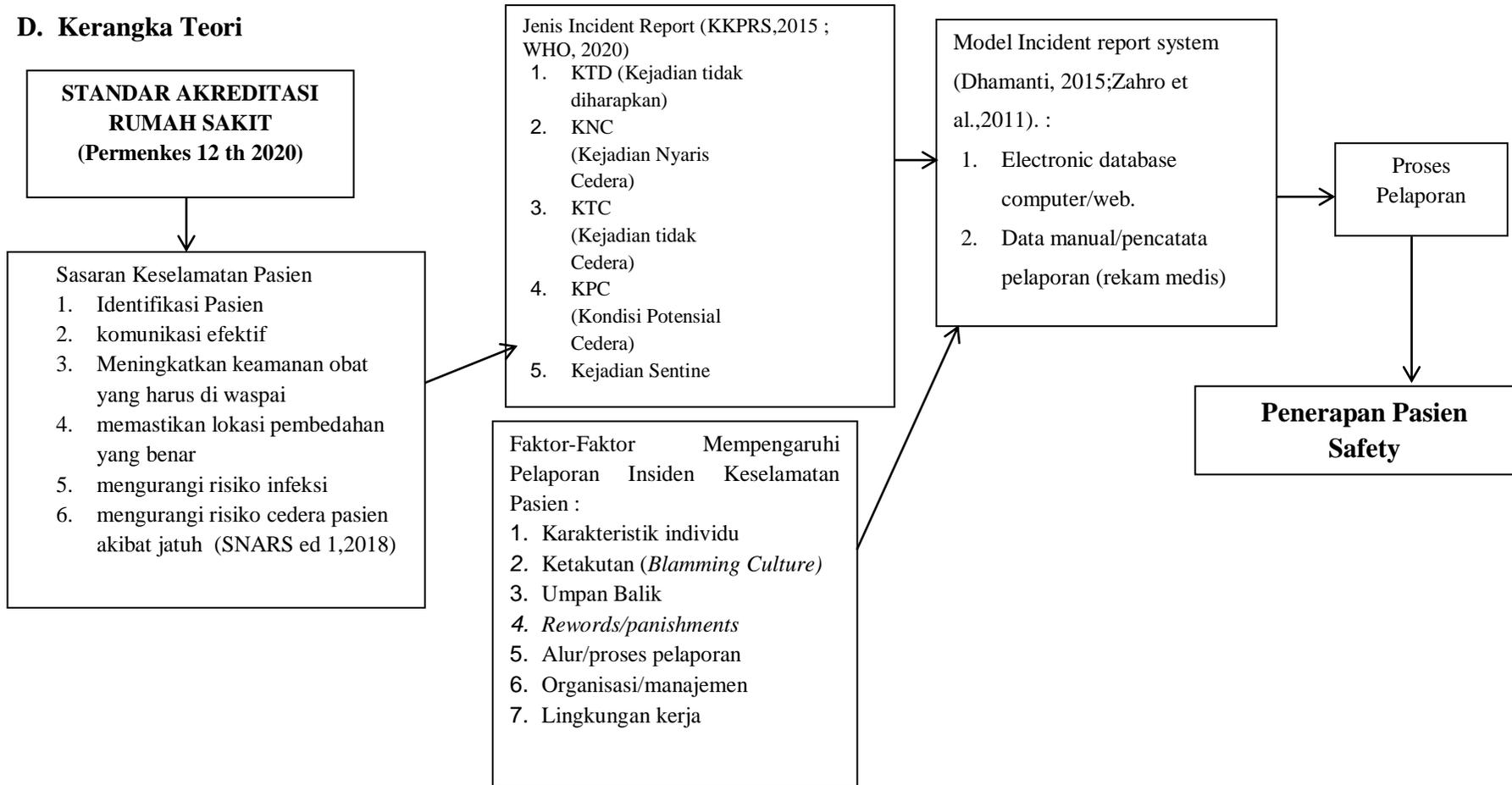
Rangkuman bukti-bukti dalam scoping review harus mencakup komponen berikut : garis besar tinjauan, kriteria inklusi (elemen PCC), strategi pencarian, ekstraksi data, penyajian dan ringkasan hasil, serta implikasi studi terhadap penelitian dan praktik.

Tujuan akhir pemetaan data adalah untuk mengidentifikasi, mengkarakterisasi dan meringkas bukti studi tentang suatu topik, termasuk mengidentifikasi kesenjangan studi. Unsur PCC dalam kriteria inklusi juga dapat memandu *reviewer* mengenai bentuk penyajian data.

### **6. Kualitas Scoping review**

Menjamin kualitas sebuah scoping review dibutuhkan panduan yang berisi poin-poin untuk mengkritisi sebuah *scoping*. Cooper et al (2019) menyusun sebuah panduan yang berisi 6 kriteria kunci dalam menilai kualitas sebuah *scoping review*. Kriteria-kriteria tersebut selanjutnya terdiri dari beberapa item ceklis (lampiran 1). Secara keseluruhan, nilai 12-22 mengindikasikan kepatuhan penulis dalam menyusun scoping review sesuai panduan.

#### D. Kerangka Teori



Gambar 2.6 Kerangka Teori