

DAFTAR PUSTAKA

- Aaron, M., & Webb, A. (2020). A Narrative Review of Strategies to Increase Patient Safety Event Reporting by Residents, (August), 415–424.
- Aaron, M., Webb, A., & Luhanga, U. (2020). A Narrative Review of Strategies to Increase Patient Safety Event Reporting by Residents. *Journal of Graduate Medical Education*, 12(4), 415–424. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-19-00649.1>
- Aaronson, E. L., Brown, D., Benzer, T., Natsui, S., & Mort, E. (2019). Incident Reporting in Emergency Medicine: A Thematic Analysis of Events. *Journal of Patient Safety*, 15(4), E60–E63. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000399>
- ABEER M. SEADA, D.N.Sc., S. B. M. M. S. ., & A. ETWAY, D.N.Sc., E. (2020). Barriers of Reporting Incident and Suggested Sloutions from the Perspective of Staff Nurses. *The Medical Journal of Cairo University*, 88(3), 11–17. <https://doi.org/10.21608/mjcu.2020.93755>
- Aboshaiqah, A. E. (2013). Barriers in reporting medication administration errors as perceived by nurses in saudi arabia. *Middle East Journal of Scientific Research*, 17(2), 130–136. <https://doi.org/10.5829/idosi.mejsr.2013.17.02.76110>
- Academy ACT. (2017). Service Improvement and Redesign tools SBAR communication tool – situation , background ,. *NHS Improvement*, 7.
- Afolalu, O. O., Jordan, S., & Kyriacos, U. (2021). Medical error reporting among doctors and nurses in a Nigerian hospital: A cross-sectional survey. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1007–1015. <https://doi.org/10.1111/jonm.13238>
- Al Hamid, A., Malik, A., & Alyatama, S. (2020). An exploration of patient safety culture in Kuwait hospitals: a qualitative study of healthcare professionals' perspectives. *International Journal of Pharmacy Practice*, 28(6), 617–625. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12574>
- Alves, M. de F. T., Carvalho, D. S. de, & Albuquerque, G. S. C. de. (2019). Barriers to patient safety incident reporting by brazilian health professionals: An integrative review. *Ciencia e Saude Coletiva*, 24(8), 2895–2908. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>
- Amanian, S., Faldaas, B. O., Logan, P. A., & Vaismoradi, M. (2020a). Learning from Patient Safety Incidents in the Emergency Department: A Systematic Review. *Journal of Emergency Medicine*, 58(2), 234–244. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.11.015>
- Amanian, S., Faldaas, B. O., Logan, P. A., & Vaismoradi, M. (2020b). Learning from Patient Safety Incidents in the Emergency Department: A Systematic Review. *Journal of Emergency Medicine*, 58(2), 234–244. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2019.11.015>
- Anderson, J. E., Kodate, N., Walters, R., & Dodds, A. (2013). Can incident reporting improve safety? Healthcare practitioners' views of the effectiveness of incident reporting. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 141–150. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs081>
- Archer, S, BI, T., LH, D., C, R., D, D., A, S., ... S, A. (2019). Barriers and

- facilitators to incident reporting in mental healthcare settings: A qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*.
- Archer, Stephanie, Hull, L., Soukup, T., Mayer, E., Athanasiou, T., Sevdalis, N., & Darzi, A. (2017). Development of a theoretical framework of factors affecting patient safety incident reporting: a theoretical review of the literature. *BMJ Open*, 7(12), e017155. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017155>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005a). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice*, 8(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005b). Scoping Studies: Towards A Methodological Framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory & Practice*, 19–32. Retrieved from <http://www.journalsonline.tandf.co.uk/openurl.asp?genre=article&eissn=14645300&volume=8&issue=1&spage=19%0A%0A%0A>
- Bahadori, M., Ravangard, R., Aghili, A., Sadeghifar, J., Gharsi Manshadi, M., & Smaeilnejad, J. (2013). The Factors Affecting the Refusal of Reporting on Medication Errors from the Nurses' Viewpoints: A Case Study in a Hospital in Iran. *ISRN Nursing*, 2013, 1–5. <https://doi.org/10.1155/2013/876563>
- Bastian, H., Glasziou, P., & Chalmers, I. (2010). Seventy-five trials and eleven systematic reviews a day: How will we ever keep up? *PLoS Medicine*, 7(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000326>
- Behavior, S. E., & Peters, R. H. (1991). Strategies for Encouraging h \, 22(C), 53–70.
- Brunsveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., De Vos, R., & De Jonge, E. (2016). Incident and error reporting systems in intensive care: A systematic review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(1), 2–13. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv100>
- Burns, N. & S. K. G. (2001). *The Practice of Nursing Research* (4th ed.). USA: W.B Saunders Company.
- Carlford, S., Öhrn, A., & Gunnarsson, A. (2018). Experiences from ten years of incident reporting in health care: A qualitative study among department managers and coordinators. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2876-5>
- Chan, B., & Cochrane, D. (2016). *Measuring patient harm in Canadian hospitals*. Retrieved from https://secure.cihi.ca/free_products/cihi_cpsi_hospital_harm_en.pdf
- Charitini, S., Carole, D., & Paul, T. (2015). How Effective Are Incident-Reporting Systems for Improving Patient Safety? A Systematic Literature Review. *Multidisciplinari Journal Of Population Health and Health Policy*, 95(4), 1–41. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12166>
- Cherry, B., & Jacob, S. R. (2014). *Contemporary Nursing Issues, Trends, & Management (Sixth Edit; A. Buxton, Ed.)*. United States: Elsevier.
- Cherry, B., & R. Jacob, S. (2014). *Contemporary Nursing Issues, Trends & Management. Ecosystems and Human Well-being: A Framework for Assessment* (Vol. 6). <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>

- Choi, E. Y., Pyo, J., Ock, M., & Lee, S.-I. (2019). Nurses' Perceptions Regarding Disclosure of Patient Safety Incidents in Korea: A Qualitative Study. *Asian Nursing Research*, *13*(3), 200–208. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.05.002>
- Cooper, S., Cant, R., Kelly, M., Levett-Jones, T., McKenna, L., Seaton, P., & Bogossian, F. (2021). An Evidence-Based Checklist for Improving Scoping Review Quality. *Clinical Nursing Research*, *30*(3), 230–240. <https://doi.org/10.1177/1054773819846024>
- Da Costa, T. D., Santos, V. E. P., Junior, M. A. F., Vitor, A. F., de Oliveira Salvador, P. T. C., & Alves, K. Y. A. (2017). Evaluation procedures in health: Perspective of nursing care in patient safety. *Applied Nursing Research*, *35*, 71–76. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.02.015>
- Daud, A. W. (2020). Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien. *Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia*, *8*(Oktober), 169–180. Retrieved from https://persi.or.id/wp-content/uploads/2020/08/materi_drarjaty_ereport_web060820.pdf
- Daudt, H. M. L., Van Mossel, C., & Scott, S. J. (2013). Enhancing the scoping study methodology: A large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC Medical Research Methodology*, *13*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-48>
- Dekker, S. W. A., & Hugh, T. B. (2014). A just culture after mid staffordshire. *BMJ Quality and Safety*, *23*(5), 356–358. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002483>
- Dhamanti, I., Leggat, S., & Barraclough, S. (2020). Practical and cultural barriers to reporting incidents among health workers in Indonesian public hospitals. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, *13*, 351–359. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S240124>
- Dhamanti, I., Leggat, S., Barraclough, S., & Tjahjono, B. (2019). Patient safety incident reporting in indonesia: An analysis using world health organization characteristics for successful reporting. *Risk Management and Healthcare Policy*, *12*, 331–338. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S222262>
- DiCenso, A., Bourgeault, I., Abelson, J., Martin-Misener, R., Kaasalainen, S., Carter, N., ... Kilpatrick, K. (2010). Utilization of nurse practitioners to increase patient access to primary healthcare in Canada--thinking outside the box. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, *23 Spec No(c)*, 239–259. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2010.22281>
- Dyab, E. A., Elkalmi, R. M., & Bux, S. H. (2018). Exploration of Nurses' Knowledge, Attitudes, and Perceived Barriers towards Medication Error Reporting in a Tertiary Health Care Facility: A Qualitative Approach. <https://doi.org/10.3390/pharmacy6040120>
- Dylan Trotsek. (2017). *Manajemen Keselamatan Pasien. Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 110).
- Ehrich, K., Freeman, George, K., Richards, Sally, C., Robinso, Ian, C., & Shepperd, S. (2020). How to do a scoping exercise: continuity of care. *University of Southampton Institutional Repository, Policy and Planning*, *20*(1), 25-29. Retrieved from <http://eprints.soton.ac.uk/id/eprint/33560>
- Englebright, J., Aldrich, K., & Taylor, C. R. (2014). Defining and incorporating

- basic nursing care actions into the electronic health record. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(1), 50–57. <https://doi.org/10.1111/jnu.12057>
- Espin, S., Carter, C., Janes, N., & McAllister, M. (2019). Exploring Health Care Professionals' Perceptions of Incidents and Incident Reporting in Rehabilitation Settings. *Journal of Patient Safety*, 15(2), 154–160. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000214>
- Fathi, A., Hajizadeh, M., Moradi, K., Zandian, H., Dezhkameh, M., Kazemzadeh, S., & Rezaei, S. (2017). Medication errors among nurses in teaching hospitals in the west of Iran: what we need to know about prevalence, types, and barriers to reporting. *Epidemiology and Health*, 39, e2017022. <https://doi.org/10.4178/epih.e2017022>
- Flott, K., Fontana, G., Dhingra-Kumar, N., Yu, A., Durkin, M., & Darzi, A. (2017). Health care must mean safe care: enshrining patient safety in global health. *The Lancet*, 389(10076), 1279–1281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30868-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30868-1)
- Fontana, G., Flott, K., Dhingra-Kumar, N., Durkin, M., & Darzi, A. (2019). Five reasons for optimism on World Patient Safety Day. *The Lancet*, 394(10203), 993–995. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32134-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32134-8)
- Forbes, A. (2009). Clinical intervention research in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 557–568. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.012>
- Forrest, M. H. (2016). *Why Reporting is Not Enough: Improving the Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005*. University of Toledo Law Review: <https://heinonline.org/HOL/LandinRetrieved> from Page?handle=hein.journals/utol47&div=31&id. Retrieved from <https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/utol47&div=31&id>
- Forster, A. J., Dervin, G., Martin, C., & Papp, S. (2012). Improving patient safety through the systematic evaluation of patient outcomes. *Canadian Journal of Surgery*, 55(6), 418–425. <https://doi.org/10.1503/cjs.007811>
- Francine, K. (2019). Nurse Likelihood To Report A Pediatric Medication Error: Examination Of The —Pre-Reportingl Period.
- Fung, W. M., Koh, S. S. L., & Chow, Y. L. (2012). Attitudes and perceived barriers influencing incident reporting by nurses and their correlation with reported incidents: A systematic review. *JBIS Library of Systematic Reviews*, 10(1), 1–65. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2012-44>
- Gao, X., Yan, S., Wu, W., Zhang, R., Lu, Y., & Xiao, S. (2019). Implications from China patient safety incidents reporting system. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 15, 259–267. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S190117>
- George, D., Hassali, M. A., & Amar-Singh, H. S. S. (2018). Usability testing of a mobile app to report medication errors anonymously: Mixed-methods approach. *JMIR Human Factors*, 5(4). <https://doi.org/10.2196/12232>
- Gleeson, L., Dalton, K., O'Mahony, D., & Byrne, S. (2020). Interventions to improve reporting of medication errors in hospitals: A systematic review and narrative synthesis. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 16(8), 1017–1025. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.12.005>

- Gong, Y., Kang, H., Wu, X., & Hua, L. (2017). Enhancing Patient Safety Event Reporting. *Applied Clinical Informatics*, 08(03), 893–909. <https://doi.org/10.4338/aci-2016-02-r-0023>
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information and Libraries Journal*, 26(2), 91–108. <https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>
- Gunes, U. Y., Gurlek, O., & Sonmez, M. (2016). A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. *Collegian*, 23(2), 225–232. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2015.02.005>
- Hanevi, D., & Utarini, A. (2012). Keselamatan Pasien Dan Mutu Pelayanan Kesehatan: Menuju Kemana? *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 15, 159–160.
- Harrison, R., Birks, Y., Hall, J., Bosanquet, K., Harden, M., & Iedema, R. (2014). The contribution of nurses to incident disclosure: A narrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51(2), 334–345. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.07.001>
- Hashemi, F., Nasrabadi, A. N., & Asghari, F. (2012). Factors associated with reporting nursing errors in Iran: A qualitative study. *BMC Nursing*, 11. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-20>
- Haw, C., Stubbs, J., & Dickens, G. L. (2014). Barriers to the reporting of medication administration errors and near misses: An interview study of nurses at a psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(9), 797–805. <https://doi.org/10.1111/jpm.12143>
- Health Quality Ontario. (2017). Ontario Health Technology Patient Safety Learning Systems: A Systematic Review and Qualitative Synthesis, 17(3).
- Hesari, B., Ghodsi, H., Hoseinabadi, Mohammad Chenarani, H., & Ghodsi, A. (2015). Hesari, B., Ghodsi, H., Hoseinabadi, M., Chenarani, H., & Ghodsi, A. (2015). A survey of nurses' perceptions of the causes of medication errors and barriers to reporting in hospitals affiliated to Neyshabur university of medical sciences, Iran. *JOURNAL OF KERMAN UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES*, 22, Nomor(1), 105 To 111. Retrieved from <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=433908>
- Hewitt, T., Chreim, S., & Forster, A. (2017). Sociocultural factors influencing incident reporting among physicians and nurses: Understanding Frames underlying self-And peer-reporting practices. *Journal of Patient Safety*, 13(3), 129–137. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000130>
- Holden, R. J., & Karsh, B. T. (2007). A review of medical error reporting system design considerations and a proposed cross-level systems research framework. *Human Factors*, 49(2), 257–276. <https://doi.org/10.1518/001872007X312487>
- Iskandar, H., Maksum, H., & Nafisah. (2014). Faktor Penyebab Penurunan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Factors Influencing Low Hospital Patient Safety Incident Reporting). *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 28(1), 72–77. Retrieved from <https://jkb.ub.ac.id/index.php/jkb/article/view/515%0D%0A>

- James, R. (2016). *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Francis: Available on Taylor & Francis eBooks. Retrieved from <https://www.routledge.com/Managing-the-Risks-of-Organizational-Accidents/Reason/p/book/9781840141054>
- Jang, H. J., Choi, Y. D., & Kim, N. H. (2017). Effects and satisfaction of medical device safety information reporting system using electronic medical record. *Healthcare Informatics Research*, 23(2), 94–100. <https://doi.org/10.4258/hir.2017.23.2.94>
- JB.I. (2020). Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools for use in JBI. *The Joanna Briggs Institute*, (March), 32. Retrieved from <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- JCI. (2017). JCI Accreditation Standards for Hospitals, 6th Edition. Joint Commission International. Retrieved January 3, 2018, from <https://www.jointcom-missioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-6th-edition/>, (January).
- Jha, A. K., Larizgoitia, I., Audera-Lopez, C., Prasopa-Plaizier, N., Waters, H., & Bates, D. W. (2013). The global burden of unsafe medical care: Analytic modelling of observational studies. *BMJ Quality and Safety*, 22(10), 809–815. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001748>
- Joanna, L. B., Edwin, A. J. P., Bano, B. C. P., Tyraskis, C. A., E, D. D. B., Bovis, J. L., ... Karthik, K. (2018). Barriers to staff reporting adverse incidents in NHS hospitals PROCESS AND SYSTEMS. *Future Healthcare Journal*, 5(2), 117–120.
- Joint Commission International. (2017). International Patient Safety Goals (IPSG's): Targeted Solutions Tool, 517.
- Jonna Briggs Institute. (2019). JBI Manual for evidence Synthesis. Section 2.6.7 data extraction. Joanna Briggs Institute. <https://doi.org/Available from: https://wiki.joannabriggs.org/display/Manual/2.6.7+Data+extraction>
- Kang, H., & Gong, Y. (2016). A Novel Schema to Enhance Data Quality of Patient Safety Event Reports. *AMIA ... Annual Symposium Proceedings. AMIA Symposium, 2016*, 1840–1849.
- KARS. (2018). Komisi Akreditasi Rumah Sakit, Efektif 1 Januari 2018.
- Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit (2011). Republik Indonesia.
- Kemenkes RI. (2015). *Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)* (3rd ed.). Jakarta: Depkes.
- Kemenkes RI. (2020). *Profil Kesehatan Indonesia*.
- Kim, S. Y., Lee, S., Lee, W., Chul, H., Insook, K., & Lee, S. G. (2018). Barriers to reporting of patient safety incidents in tertiary hospitals : A qualitative study of nurses and resident physicians in South Korea, (June), 1–11. <https://doi.org/10.1002/hpm.2616>
- KKPRS. (2015). Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient Safety Incident Report). *Kemntrian Kesehatan Republik Indonesia*, 25.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donalson, M. S. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System, America, Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in* (Washington). National Academies Press (US); <https://doi.org/10.17226/9728>

- Komite Keselamatan Pasien, R. sakit. (2015). Pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (ikp).
- Kumbi, M., Hussen, A., Lette, A., Nuriye, S., & Morka, G. (2020). Patient safety culture and associated factors among health care providers in bale zone hospitals, southeast ethiopia: An institutional based cross-sectional study. *Drug, Healthcare and Patient Safety*, *12*, 1–14. <https://doi.org/10.2147/DHPS.S198146>
- Kuncoro. (2012). *Pengantar kepemimpinan dan manajemen keperawatan (untuk perawat klinis)*. Jakarta: EGC.
- Kuo, Y. H., Lee, T. T., Mills, M. E., & Lin, K. C. (2012). The evaluation of a web-based incident reporting system. *CIN - Computers Informatics Nursing*, *30*(7), 386–394. <https://doi.org/10.1097/NXN.0b013e31825106ea>
- Kurt, R. H., Meredith, M., Yanjun, Xie, B., Jochen, Steppan, M., Matthew, Li, B., Clinton, Jung, B., ... MD. (2012). Patient Safety Reporting Systems: Sustained Quality Improvement Using a Multidisciplinary Team and “Good Catch” Awards. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, *23*(1), 1–7.
- Landgren, R., Alawadi, Z., Douma, C., Thomas, E. J., & Etchegaray, J. (2016). Barriers of Pediatric Residents to Speaking Up About Patient Safety. *Hospital Pediatrics*, *6*(12), 738–743. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2016-0042>
- Lee, W. C., Wung, H. Y., Liao, H. H., Lo, C. M., Chang, F. L., Wang, P. C., ... Hou, S. M. (2010). Hospital safety culture in Taiwan: A nationwide survey using chinese version safety attitude questionnaire. *BMC Health Services Research*, *10*. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-234>
- Lestari, E. A., Fitriani, A. D., & Jamaluddin. (2021). Analisis Faktor Penyebab Rendahnya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rawat Inap Rsu Mitra Medika Bandar Klippa Tahun 2021. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, *7*(2), 891–915. Retrieved from <http://jurnal.uui.ac.id/index.php/JHTM/article/view/1596/840>
- Levac, D., Colquhoun, H., & O’Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, *5*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Levtzion-Korach, O., Alcalai, H., Orav, E. J., Graydon-Baker, E., Keohane, C., Bates, D. W., & Frankel, A. S. (2009). Evaluation of the contributions of an electronic web-based reporting system: Enabling action. *Journal of Patient Safety*, *5*(1), 9–15. <https://doi.org/10.1097/PTS.0b013e318198dc8d>
- Linda, S. S., Micah D.J., P., Meinertz, M., & Anna, C. (2017). Reflection in the training of nurses in clinical practice settings: a scoping review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, *15*(12), 2871–2880. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003482>
- Lockwood, C., dos Santos, K. B., & Pap, R. (2019). Practical Guidance for Knowledge Synthesis: Scoping Review Methods. *Asian Nursing Research*, *13*(5), 287–294. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.11.002>
- Macrae, C. (2016). The problem with incident reporting. *BMJ Quality & Safety*, *25*(2), 71–75. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004732>
- Maggio, L. A., Larsen, K., Thomas, A., Msis, J. A. C., & Jr, A. R. A. (2020).

- Scoping reviews in medical education : A scoping review, (301).
- Marra, A. R., Algwizani, A., Alzunitan, M., Brennan, T. M. H., & Edmond, M. B. (2020). Descriptive epidemiology of safety events at an academic medical center. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(1), 1–11. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010353>
- Marshall, A. N., van den Berg, A., Ranjit, N., & Hoelscher, D. M. (2020). A scoping review of the operationalization of fruit and vegetable variety. *Nutrients*, *12*(9), 1–30. <https://doi.org/10.3390/nu12092868>
- Mauti, G., & Githae, M. (2019). Medical error reporting among physicians and nurses in Uganda. *African Health Sciences*, *19*(4), 3107–3117. <https://doi.org/10.4314/ahs.v19i4.33>
- Mccormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., ... Wilson, V. (2015). Person-centredness – the ‘ state ’ of the art, *5*, 1–15.
- McCormack, B., & McCance, T. (2016). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice, 2nd Edition*. Retrieved from Nursing General
- McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care Theory and Practice*. Ulster University. Retrieved from <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>
- McFarland, D. M., & Doucette, J. N. (2018). Impact of High-Reliability Education on Adverse Event Reporting by Registered Nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, *33*(3), 285–290. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000291>
- Mitchell, I., Schuster, A., Smith, K., Pronovost, P., & Wu, A. (2016). Patient safety incident reporting: A qualitative study of thoughts and perceptions of experts 15 years after “To Err is Human.” *BMJ Quality and Safety*, *25*(2), 92–99. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004405>
- Moeller, A. D., Rasmussen, K., & Nielsen, K. J. (2016). Learning and feedback from the Danish patient safety incident reporting system can be improved. *Danish Medical Journal*, *63*(6), 1–5.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Altman, D., Antes, G., ... Tugwell, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, *6*(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., ... Group, P. (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement, *4*(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
- Mulchandania, R., & Kakkar, A. K. (2018). Reporting of adverse drug reactions in India: A review of the current scenario, obstacles and possible solutions. *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, *30*(1), 33–44. <https://doi.org/10.3233/JRS-180025>
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, *18*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0611-x>
- Murdyastuti, S. (2010). Pengaruh persepsi tentang profesionalitas, pengetahuan

- patients safety dan motivasi perawat terhadap pelaksanaan program patients safety di ruang rawat inap RSO prof. Dr. R. Soeharso Surakarta. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Nahajan, R. . (2010). Critical incident reporting and learning. *British Journal of Anaesthesia*, (105), 69–75. <https://doi.org/DOI: 10.1093/bja/aeq133>
- Naome, T., James, M., Christine, A., & Mugisha, T. I. (2020). Practice, perceived barriers and motivating factors to medical-incident reporting: A cross-section survey of health care providers at Mbarara regional referral hospital, southwestern Uganda. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05155-z>
- Nasution, P. C. C. A. (2018). *Keselamatan Pasien*. Universitas Sumatra Utara.
- Nursalam. (2017). *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, N., Saputri, B. Y., Kartini, Y., & Sukartini, T. (2019). Analysis of factors on reward system in the hospital. *Indian Journal of Public Health Research and Development*, 10(1), 490–494. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2019.00096.2>
- Nyanchoka, L., Tudur-Smith, C., Thu, V. N., Iversen, V., Tricco, A. C., & Porcher, R. (2019). A scoping review describes methods used to identify, prioritize and display gaps in health research. *Journal of Clinical Epidemiology*, 109, 99–110. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.01.005>
- Paramita, D. A., Arso, S. P., & Kusumawati, A. (2020). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Motivasi Perawat Dalam Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit X Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)*, 8(6), 724–730. Retrieved from <http://ejournal3.undip.ac.id/index.php/jkm%0AFAKTOR>
- Permenkes RI. Nomor 11. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien Dengan Rahmat Tuhan Yang Maha Esa Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 3(1), 1–14.
- Peters, M. D., Christina, G., Patricia, M., Zachary, M., Andrea C., T., & Hanan, K. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. *Joanna Briggs Institute*. <https://doi.org/https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Peters, MDJ, C, G., P, M., Z, M., AC, T., & Khalil, H. (2017). 2017 Guidance for the Conduct of JBI Scoping Reviews Chapter 11 : Scoping Reviews Scoping Reviews. *Understanding Scoping Reviews: Definition, Purpose, and Process*, (September).
- Peters, Micah, Christina, G., Patricia, M., Zachary, M., Andrea C., T., & Khalil, H. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. *Joanna Briggs Institute*. <https://doi.org/https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Peyrovi, H., Nikbakht Nasrabadi, A., & Valiee, S. (2016). Exploration of the

- barriers of reporting nursing errors in intensive care units: A qualitative study. *Journal of the Intensive Care Society*, 17(3), 215–221. <https://doi.org/10.1177/1751143716638370>
- Pfeiffer, Y., Briner, M., Wehner, T., & Manser, T. (2013). Motivational antecedents of incident reporting: Evidence from a survey of nurses and physicians. *Swiss Medical Weekly*, 143(November), 1–11. <https://doi.org/10.4414/smw.2013.13881>
- Pham, J. C., Girard, T., & Pronovost, P. J. (2013). What to do with healthcare Incident Reporting Systems. *Journal of Public Health Research*, 2(3), 27. <https://doi.org/10.4081/jphr.2013.e27>
- Pham, J. C., Hoffman, C., Popescu, I., Ijagbemi, O. M., & Carson, K. A. (2016). A tool for the concise analysis of patient safety incidents. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 42(1), 26–33. [https://doi.org/10.1016/s1553-7250\(16\)42003-9](https://doi.org/10.1016/s1553-7250(16)42003-9)
- Pham, M. T., Rajić, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A., & Mcewen, S. A. (2014). A scoping review of scoping reviews: Advancing the approach and enhancing the consistency. *Research Synthesis Methods*, 5(4), 371–385. <https://doi.org/10.1002/jrsm.1123>
- Rees, P., Edwards, A., Powell, C., Hibbert, P., Williams, H., Makeham, M., ... Carson-Stevens, A. (2017). Patient Safety Incidents Involving Sick Children in Primary Care in England and Wales: A Mixed Methods Analysis. *PLoS Medicine*, 14(1), 1–23. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002217>
- Runciman, W. B., Fanzca, M., Fhka, F., Phd, F., Baker, G. R., Michel, P., ... Mba, M. (2008). The epistemology of patient safety research. *International Journal of Evidence Based Healthcare*, 6, 476–486. <https://doi.org/10.1111/j.1479-6988.2008.00117.x>
- Scheirton, L. S., Mu, K., Lohman, H., & Cochran, T. M. (2007). Error and patient safety: Ethical analysis of cases in occupational and physical therapy practice. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10(3), 301–311. <https://doi.org/10.1007/s11019-007-9049-3>
- Seyed Saeed, T., Rohollah, K., Zohreh, N., Vahid Kohpeima, J., & Tahereh, S. (2014). Barriers to Medication Error Reporting from Nurses' Perspective: A Private Hospital Surve. *International Journal of Hospital Research*, 3(2), 97–102. Retrieved from http://ijhr.iums.ac.ir/index.php/article_6126_1009.html
- Siman, A. G., Cunha, S. G. S., & Brito, M. J. M. (2017). The practice of reporting adverse events in a teaching hospital. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 51, 1–8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016045503243>
- Soydemir, D., Seren Intepeler, S., & Mert, H. (2017). Barriers to Medical Error Reporting for Physicians and Nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 39(10), 1348–1363. <https://doi.org/10.1177/0193945916671934>
- Sujan, M. (2015). An organisation without a memory: A qualitative study of hospital staff perceptions on reporting and organisational learning for patient safety. *Reliability Engineering and System Safety*, 144, 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.res.2015.07.011>
- Sunshine, J. E., Meo, N., Kassebaum, N. J., Collison, M. L., Mokdad, A. H., &

- Naghavi, M. (2019). Association of Adverse Effects of Medical Treatment With Mortality in the United States: A Secondary Analysis of the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study. *JAMA Network Open*, 2(1), e187041. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.7041>
- Sutton, A., Clowes, M., Preston, L., & Booth, A. (2019). Meeting the review family: exploring review types and associated information retrieval requirements. *Health Information and Libraries Journal*, 36(3), 202–222. <https://doi.org/10.1111/hir.12276>
- Tardif, G., Aimone, E., Boettcher, C. L., Fancott, C., Andreoli, A., & Velji, K. (2008). Implementation of a safety framework in a rehabilitation hospital. *Healthcare Quarterly (Toronto, Ont.)*, 11(3 Spec No.), 21–25. <https://doi.org/10.12927/hcq.2008.19644>
- Tatum, M. N., & Kumar, S. (2021). Factors Influencing Nursing Staff To Generate Incident Reports in Mafraq Hospital , Abu Dhabi , Uae, 18(4).
- Tricarico, P., Castriotta, L., Battistella, C., Bellomo, F., Cattani, G., Grillone, L., ... Brusaferrro, S. (2017). Professional attitudes toward incident reporting: Can we measure and compare improvements in patient safety culture? *International Journal for Quality in Health Care*, 29(2), 243–249. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx004>
- Tricco, A. C., Erin, L., Wasifa, Z., Kelly K., O., Colquhoun, H., Levac, D., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*. <https://doi.org/https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Kastner, M., ... Straus, S. E. (2016). A scoping review on the conduct and reporting of scoping reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Tricco, A. C., Soobiah, C., Antony, J., Cogo, E., Macdonald, H., Lillie, E., ... Kastner, M. (2016). A scoping review identifies multiple emerging knowledge synthesis methods, but few studies operationalize the method. *Journal of Clinical Epidemiology*, 73, 19–28. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.08.030>
- Turner, D. A., Bae, J., Cheely, G., Milne, J., Owens, T. A., & Kuhn, C. M. (2018). Improving Resident and Fellow Engagement in Patient Safety Through a Graduate Medical Education Incentive Program. *Journal of Graduate Medical Education*, 10(6), 671–675. <https://doi.org/10.4300/JGME-D-18-00281.1>
- Undang-undang RI. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Pub. L. No. 44, 16 (2009). Republik Indonesia.
- Vallejo-Gutierrez, P., Baneres-Amella, J., Sierra, E., Casal, J., & Agra, Y. (2014). Lessons learnt from the development of the Patient Safety Incidents Reporting an Learning System for the Spanish National Health System: SiNASP. *Revista de Calidad Asistencial*, 29(2), 69–77.

- <https://doi.org/10.1016/j.cali.2013.09.007>
- Velyana, D. (2016). Blamming Culture Dan Sanksi Kesalahan Dalam Budaya Keselamatan Pasien. *Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 5(9), 600–613. <https://doi.org/10.35952/jik.v5i9.23>
- Vos, T., Abajobir, A. A., Abbafati, C., Abbas, K. M., Abate, K. H., Abd-Allah, F., ... Murray, C. J. L. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 390(10100), 1211–1259. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32154-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32154-2)
- Vrbnjak, D., Denieffe, S., O’Gorman, C., & Pajnikihar, M. (2016). Barriers to reporting medication errors and near misses among nurses: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 162–178. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.019>
- Wahyuni, H., Andi, M. I., & Elly, L. S. (2018). Relationship Of Organizational Commitment With Patient Safety Incident Report Culture. *Journal Of Nursing Science*, 4(1), 1–23.
- Waterson, P. (2014). *Patient Safety Culture : Theory, Methods and Application*. England: Ashgate Publishing Limited.
- Whittemore, R., & Knaf, K. (2005). The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
- WHO. (2005). WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. Geneva, Switzerland: Author. Retrieved March, 16(Report), 80.
- WHO. (2019). WHO. *Global action on patient safety: WHO Director General report to 72nd World Health Assembly*. World Health Organization,.
- World Health Organization. (2009). Improving health systems and services for mental health. *World Health Organization (WHO)*, 112. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/policy/services/mhsystems/en/index.html
- World Health Organization. (2020). *Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems*.
- World Health Organization (WHO). (2010). Health transition in Africa: practical policy proposals for primary care. *Bulletin of the World Health Organization*. <https://doi.org/Bulletin of the World Health Organization 2010;88:943-948>. doi: 10.2471/BLT.10.077891
- World Health Organization (WHO). (2014). Guide for Developing National Patient Safety Policy and Strategic Plan. Geneva: WHO, Patient Safety Unit;
- Yoo, M. S., & Kim, K. J. (2017). Exploring the Influence of Nurse Work Environment and Patient Safety Culture on Attitudes Toward Incident Reporting. *Journal of Nursing Administration*, 47(9), 434–440. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000510>
- Zeng, L. A., Shin, Y. N., & Sze, Y. T. (2010). Analysis of Critical Incidents during Anesthesia in a Tertiary Hospital. *International Journal of Clinical Medicine*, 7 No.5, 5. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1093/bja/aeq133>

Lampiran-Lampiran

A. Tabel Ekstraksi Data

No .	Penulis, Tahun, Negara, Judul	Tujuan	Metode/desain, Setting & Partisipan	Proses Pelaporan Insiden, Formulir & Insiden yang dilaporkan	Hasil	Kesimpulan dan Rekomendasi
1	(Afolalu et al., 2021) 2021 Nigeria <i>Medical error reporting among doctors and nurses in a Nigerian hospital: A cross sectional survey.</i>	Untuk membandingkan persepsi dokter dan perawat tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelaporan kesalahan medis.	Desain Sebuah desain <i>survei deskriptif cross-sectional</i> Ukuran sampel (N=600) perawat dan dokter; interval kepercayaan 95% (CI); 5% margin dari kesalahan; 1.0 efek desain; dan kekuatan 80%. Sebuah ukuran sampel n = 234. Total sama-ple dari 230 dengan sampling acak sederhana, 140 perawat dan 90 dokter Dari total	Sistem Pelaporan Insiden Berbasis. Kertas. rumah sakit tidak memiliki sistem pelaporan insiden, namun ada sistem informal: lebih banyak perawat daripada dokter. Kesalahan yang paling umum ditemui tetapi tidak pernah dilaporkan oleh dokter dan perawat adalah kesalahan obat, diresepkan dan diberikan, yang mengarah ke efek samping yang serius.	Sebagian responden tidak pernah melaporkan insiden yang serius: kepada petugas, akibat pemberian obat yang menyebabkan rawat inap yang berkepanjangan bahkan kematian, kerusakan peralatan, infeksi nosokomial, ulkus dekubitus baru, kesalahan diagnostik dan reaksi transfusi, reaksi hemolitik pada pemberian darah atau produk darah yang tidak sesuai. Secara proporsional lebih banyak dokter yang melakukan kesalahan dibandingkan perawat tidak pernah melaporkan pengobatan kesalahan. Lebih dari 50% perawat hanya sesekali melaporkan infeksi yang didapat di rumah sakit dan luka tekan. Hambatan yang dirasakan termasuk kurangnya kerahasiaan; fasilitator menyertakan pedoman yang jelas tentang perlindungan dari litigasi. Hambatan yang dirasakan paling banyak	Kesimpulan: Pelaporan insiden belum optimal. Perawat dan dokter memiliki pemahaman umum yang minimal tentang hambatan pelaporan kesalahan dan menunjukkan praktik yang tidak konsisten. Seperti dalam literatur sebelumnya, Nigeria belum menerapkan sistem formal, untuk mendeteksi dan melaporkan kesalahan baik di institusi maupun tingkat nasional. Sebagian besar responden tidak mengetahui keberadaan sistem pelaporan kesalahan. Hal ini berimplikasi pada organisasi dan perbaikan mutu.

			<p>tenaga kerja (N =600), 140 perawat dan 90 dokter dipilih secara</p>	<p>Pelaporan di teruskan kepada perawat paling senior yang bertugas, meneruskan ke kepala keperawatan, lalu Kepala Perawat dan Ketua Medis Komite Penasehat untuk dokter</p>	<p>dilaporkan untuk pelaporan kesalahan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fokus pada kesalahan individu daripada kegagalan sistem • Kurangnya kerahasiaan. • Tanggapan tidak pantas supervisor. • Pasien kehilangan kepercayaan. • Tidak titik kesalahan pelaporan yang tidak merugikan • 'Tidak perlu diskusi lebih lanjut jika staf telah mempelajari pelajaran' <p>Hambatan yang dirasakan berbeda oleh profesi adalah sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak menerima umpan balik positif saat melaporkan kesalahan • Waktu yang dibutuhkan • Efektivitas pengingat untuk melaporkan kesalahan • Fasilitator termasuk pedoman yang jelas tentang jenis efek samping dan kesalahan untuk melaporkan dan cara melaporkan, mendapatkan umpan balik, panutan siapa mendorong pelaporan, perlindungan dari litigasi dan akses ke komunikasi sistem pelaporan rahasia dan anonim. 	<p>Rekomendasi:</p> <p>Manajer akan meningkatkan pelaporan dengan memprioritaskan melanjutkan pendidikan profesional dalam keselamatan pasien dan manajemen AE, mengklarifikasi dan menyederhanakan prosedur pelaporan dan melepaskan organisasi 'budaya menyalahkan'. Pemimpin berperan penting dalam hal ini, agar pelaporan insiden 'nyaris celaka', dan sistem pelaporan, peningkatan kualitas, pengukuran hasil dan sistem inovasi, manajer memenuhi rekomendasi kunci untuk perawat</p>
--	--	--	--	--	--	--

2.	<p>(Dhamanti et al., 2020)</p> <p>2020, Indonesia</p> <p><i>Practical and Cultural Barriers to Reporting Incidents Among Health Workers in Indonesian Public Hospitals</i></p>	<p>Untuk menyelidiki hambatan praktis dan budaya dalam melaporkan insiden keselamatan pasien di tiga rumah sakit umum terakreditasi di Jawa Timur, Indonesia.</p>	<p>Metode penelitian dengan A mixed methods yang dilakukan di tiga rumah sakit umum terakreditasi di Jawa Timur, Indonesia. Jumlah sampel sebanyak 1481 perawat, dokter, dan tenaga kesehatan lainnya, 27 Staf di tingkat manajerial dan supervisor (termasuk direktur atau manajer rumah sakit, kepala atau sekretaris tim keselamatan pasien, dan kepala bangsal rumah sakit)</p>	<p>Sistem Pelaporan Insiden Berbasis Kertas. Mengacu pada Panduan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dari KKPRS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analisis hambatan praktis menunjukkan perbedaan yang signifikan antara kelompok yang menjawab “tidak tahu bagaimana melaporkan,” “tidak tahu ke mana harus melapor,” dan “kurangnya umpan balik ". Satu-satunya penghalang budaya yang menunjukkan perbedaan yang signifikan adalah tanggapan "tidak menginginkan konflik". • Kesulitan yang dialami adalah terkait dengan kurangnya pengetahuan tentang prosedur pelaporan. <p>Hambatan Praktis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebagian besar peserta wawancara melaporkan kurangnya pengetahuan sebagai hambatan praktis utama dalam melaporkan insiden. • Selain itu, sosialisasi organisasi, yang menunjukkan pertemuan atau pelatihan yang memberi staf pengetahuan umum tentang topik tertentu, juga kurang. Beberapa rumah sakit dan organisasi lain di Indonesia telah rutin mengadakan sosialisasi atau pelatihan program keselamatan pasien atau pelaporan insiden. Namun, beberapa komentar menunjukkan kurangnya sosialisasi dan pelatihan: <p>Hambatan Budaya</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hambatan budaya yang dilaporkan oleh sebagian besar narasumber termasuk keengganan dan ketakutan untuk 	<p>Hambatan praktis dan budaya untuk melaporkan insiden di rumah sakit umum di Indonesia. Hal ini menyoroti perbedaan persepsi tentang apa yang dianggap sebagai penghalang pelaporan antara petugas kesehatan dan manajer atau supervisor tingkat rumah sakit. Manajer harus menciptakan komunikasi terbuka, membangun koneksi positif, dan meningkatkan keterampilan komunikasi antara petugas kesehatan dan manajer atau supervisor kesehatan. penelitian ini memberikan wawasan tentang hambatan praktis dan budaya untuk melaporkan insiden di rumah sakit umum di Indonesia. Temuan ini menyoroti perbedaan persepsi tentang apa yang dianggap sebagai penghalang pelaporan</p>
----	---	---	---	---	--	---

					<p>melaporkan. Beberapa orang yang diwawancarai menganggap keengganan untuk melaporkan perasaan manusiawi yang normal atau nilai budaya bagi orang Indonesia. Melaporkan orang lain dapat membuat pelapor merasa tidak enak, terutama saat melaporkan kepada staf senior atau kolega.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seorang yang diwawancarai mengutip rasa hormat kepada staf senior sebagai alasan keengganan untuk melaporkan: • Beberapa peserta juga menyebutkan rasa takut melaporkan dan takut dihukum sebagai faktor yang menghalangi mereka untuk melaporkan kejadian. Salah satu kepala bangsal melaporkan takut melapor karena tidak ada yang mau disalahkan atas kesalahan atau menerima sanksi atau hukuman. 	<p>antara petugas kesehatan dan manajer atau supervisor tingkat rumah sakit. Untuk meningkatkan pelaporan insiden, hambatan ini harus didiskusikan dan diselesaikan oleh petugas kesehatan dan manajer atau supervisor mereka. Manajer harus Menciptakan komunikasi terbuka, membangun koneksi positif, dan meningkatkan keterampilan komunikasi antara petugas kesehatan dan manajer atau supervisor kesehatan.</p>
3	(Naome et al., 2020). 2020 Uganda. <i>Practice, perceived barriers and motivating factors to</i>	Untuk mengeksplori praktik pelaporan insiden medis, hambatan yang dirasakan, dan faktor motivasi di	Desain : <i>cross-sectional descriptive study</i> Setting : di Rumah Sakit Rujukan Regional Mbarara Partisipan :	Sistem Pelaporan Insiden Berbasis Elektronik. Di dapatkan tidak ada struktur pelaporan insiden formal. Insiden medis yang teridentifikasi adalah: kesalahan	Banyak insiden medis yang dilaporkan <ul style="list-style-type: none"> • Kesalahan pengobatan yang terutama dalam yang diberikan pada waktu yang salah • Keterlambatan diagnostik kegagalan dalam menggunakan hasil laboratorium • Kegagalan pengobatan profilaksis • Kesalahan bedah akibat manajemen pra-operasi, pemeriksaan pra-operasi dihilangkan. • Reaksi obat dan kegagalan peralatan. 	Pelaporan Insiden Medis di Mbarara Regional Referral Hospital (MRRH) kurang optimal. Oleh karena itu membentuk tim manajemen insiden dan melakukan pelatihan rutin MIR di antara petugas kesehatan akan meningkatkan keselamatan

<p><i>medical-incident reporting: a cross-section survey of health care providers at Mbarara regional referral hospital, southwestern Uganda</i></p>	<p>antara penyedia layanan kesehatan di Mbarara Regional Referral Hospital (MRRH).</p>	<p>158 Petugas Kesehatan: Perawat(N=105, 66,5%). Petugas lab 7 (4,4%), Bidan 12 (7,6%), Dokter 14 (8,9%), Petugas klinik 12 (7,6%), Apoteker 2 (1,3%), ahli anestesi 3 (1,9%), dispenser 1 (0,6%) dan asisten perawat 2 (1,3%).</p>	<p>pengobatan (89,9%), kesalahan diagnostik (71,5%), kesalahan bedah (52,5%) dan kesalahan pencegahan (47,7%).</p>	<p>Faktor motivasi individu yang mempengaruhi pelaporan insiden :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lingkungan yang mendukung tanpa kesalahan dan rasa malu mendorong pelaporan insiden • Pengetahuan tentang bagaimana, apa dan siapa yang harus melaporkan insiden mempengaruhi • Menghargai mereka yang melaporkan insiden mendorong pelaporan • Memberikan tindakan korektif tentang insiden yang dilaporkan • Pelatihan tentang insiden memotivasi pelaporan insiden • Komunikasi yang tepat dengan penekanan pada umpan balik mempromosikan pelaporan insiden <p>Hal ini menunjukkan hubungan positif antara faktor motivasi individu dan pelaporan insiden medis</p> <p>Faktor motivasi organisasi yang mempengaruhi pelaporan insiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adanya sistem pelaporan mempengaruhi pelaporan insiden • Adanya pedoman tertulis mendorong pelaporan insiden dalam suatu organisasi. • Praktik kerja tim di rumah sakit mendorong pelaporan insiden • Aksesibilitas ke penanggung jawab lingkungan dan administrator (kebijakan 	<p>pasien.</p>
--	--	---	--	--	----------------

					<p>pintu terbuka) memengaruhi pelaporan insiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Praktek pendekatan tanpa menyalahkan kepada mereka yang melaporkan insiden mempengaruhi pelaporan insiden. <p>Hambatan yang dirasakan terhadap pelaporan insiden :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurangnya pengetahuan tentang insiden merupakan hambatan dalam pelaporan insiden • Tidak adanya tim manajemen insiden di rumah sakit • Kegagalan administrasi untuk menjaga kerahasiaan orang-orang yang melaporkan insiden. • Kurangnya dukungan dari manajemen rumah sakit kepada petugas kesehatan tentang pelaporan insiden • Takut dihukum oleh administrasi • Isolasi oleh sesama staf setelah seseorang melaporkan insiden <p>Menunjukkan faktor-faktor motivasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memiliki sistem komunikasi baik • Adanya tindakan korektif dalam sistem • Pengetahuan tentang insiden • Adanya pedoman tertulis • Kebijakan pintu terbuka • Praktik kerja tim • Kurangnya pengetahuan tentang pentingnya insiden medis pelaporan 	
--	--	--	--	--	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> • Tidak adanya tim pelaporan insiden • Takut dihukum oleh administrator 	
4	(Mauti & Githae, 2019) 2019 Uganda <i>Medical error reporting among physicians and nurses in Uganda.</i>	<p>Tujuannya adalah;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi kasi sistem pelaporan kesalahan medis yang ada. • Menilai jenis-jenis kesalahan medis yang terjadi. Tetapkan faktor mempengaruhi pelaporan kesalahan. 	<p>Metode kuantitatif dengan studi <i>crosssectional</i>. Jumlah staf 109 rumah sakit Entebe dan dan 76 staf di rumah sakit Kisubi. Jumlah total sampel 167 perawat dan 18 dokter.</p>	<p>Sistem Pelaporan Insiden Berbasis Kertas.</p> <p>Kesalahan medis terjadi di dua rumah sakit (53,2%), dengan overdosis (42,9%). Tidak ada rumah sakit yang memiliki sistem pelaporan kesalahan medis. Lebih dari dua pertiga, 42(64,6%), tidak mau melapor. Hampir setengah, 29(44,6%) percaya melaporkan kesalahan medis adalah kewajiban medis. Mayoritas, 50 (76,9%), percaya hukum tidak melindungi pelaporan kesalahan medis. Tidak</p>	<p>Faktor yang mempengaruhi rendahnya pelaporan kesalahan medis yaitu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Undang-undang tidak melindungi petugas kesehatan. • Kurangnya sistem pelaporan kesalahan medis • Tidak ada rumah sakit yang memiliki fasilitas medis sistem pelaporan kesalahan. • Tidak mau melapor • Tidak percaya bahwa pelaporan merupakan kewajiban medis. • Percaya hukum tidak melindungi • Tidak menghukum melanggar. • Pelatihan • Kurangnya sistem pelaporan kesalahan medis ini akan terus menghalangi petugas kesehatan untuk belajar dari kesalahan dan meningkatkan keselamatan pasien. • Namun, langkah-langkah perlu dilakukan untuk memastikan pembentukan sistem pelaporan kesalahan medis untuk mencatat, mengidentifikasi dan mencatat insiden terkait pengobatan yang terjadi di rumah sakit. • Temuan dari daftar pemeriksaan observasional upaya rinci untuk membangun sistem pelaporan kesalahan medis di rumah sakit Kisubi melalui buku pelaporan kesalahan. 	<p>Faktor pengetahuan, dan sikap dalam melakukan pelaporan insiden merupakan hambatan besar. Instansi tidak memiliki kebijakan, belum mengambil peran utama dalam membangun sistem. Petugas tidak melapor karena takut akan kehilangan pekerjaan dan menerima konsekuensi, kurangnya pengetahuan terkait pelaporan, ketakutan akan intimidasi, dan kurangnya kerahasiaan. Studi ini merekomendasikan bahwa semua pemangku kepentingan termasuk pemerintah dan administrasi rumah sakit harus bersikap ramah dan tidak menghukum. Kebijakan untuk mendorong dan memandu</p>

				<p>menghukum petugas kesehatan yang melaporkan kesalahan medis, (53,8%) dan pelatihan pelaporan kesalahan (41,70%)</p>	<p>Ini adalah rumah sakit misi yang didanai Katolik dan sejalan dengan upaya tujuan Biro Medis Katolik Uganda untuk meningkatkan keselamatan pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ketakutan akan intimidasi dan konsekuensi hukum. Ini adalah konfirmasi dari faktor-faktor yang diidentifikasi oleh Akademi Nasional untuk Kebijakan Kesehatan negara bagian dalam laporannya yang menyimpulkan bahwa perlindungan dari konsekuensi hukum adalah kunci pelaporan kesalahan medis sukarela 	<p>pelaporan kesalahan medis. Rumah sakit harus didorong dan difasilitasi untuk membangun sistem pelaporan kesalahan medis. Untuk memberlakukan undang-undang yang melindungi petugas kesehatan ketika melaporkan kesalahan medis dan mengarah pada peningkatan keselamatan pasien.</p>
5.	<p>(Choi et al., 2019)</p> <p>2019</p> <p>Korea</p> <p><i>Nurses Perceptions Regarding Disclosure of Patient Safety Incidents in Korea: A Qualitative</i></p>	<p>Untuk mengetahui persepsi perawat tentang pengungkapan insiden keselamatan pasien (DPSI) yang diketahui efektif dalam mengurangi litigasi medis dan meningkatkan</p>	<p>Metode: A Qualitative Study,</p> <p>Dilakukan FGD pada 20 perawat, dibagi menjadi 3 kelompok, dengan menggunakan pedoman semi terstruktur. Ditranskripsikan catatan</p>	<p>Sistem Pelaporan Insiden Berbasis Kertas.</p> <p>Sebagian besar peserta berpikir bahwa DPSI diperlukan karena efektivitasnya dan untuk membenarkan etis. Namun, para peserta memiliki pendapat yang berbeda-beda mengenai tanggung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Banyak peserta merasa kesulitan mempromosikan DPSI, • Hukuman dan kritik harus dikurangi di pihak rumah sakit, dan hubungan antara dokter dan perawat perlu ditingkatkan, mengingat kendala dalam prosedur DPSI. • Beberapa beban kerja karena masuknya tugas ini, diperlukan pendekatan sistematis untuk pengaktifan DPSI, • Penetapan pedoman DPSI. • Perawat mengatakan sulit untuk meminta bantuan dari supervisor senior atau dokter ketika berkomunikasi tentang insiden keselamatan pasien yang menyebabkan cedera parah pada pasien. • Mereka khawatir situasinya berpotensi 	<p>Kesimpulannya, Penelitian ini menetapkan bahwa perawat Korea bersimpati terhadap kebutuhan dan memiliki rasa tanggung jawab terkait DPSI. Namun, penelitian ini juga menemukan bahwa mereka tidak mengetahui dengan jelas bagaimana melakukan DPSI dan dipengaruhi oleh hubungan mereka dengan pasien, hubungan mereka dengan dokter, budaya organisasi, dan beban kerja</p>

	<i>Study</i>	kredibilitas profesional medis	kemajuan diskusi kelompok fokus dan catatan peneliti dianalisis menggunakan analisis konten terarah.	jawab utama DPSI. Para peserta sepakat tentang perlunya menjelaskan kejadian tersebut dan mengungkapkan simpati, permintaan maaf, dan menjanjikan kompensasi yang layak yang merupakan komponen utama DPSI. Namun, mereka khawatir bahwa itu menyiratkan kesalahan medis. Budaya organisasi yang tertutup, ketakutan akan memburuknya hubungan dengan pasien, dan kekhawatiran tentang beban kerja tambahan disarankan sebagai hambatan untuk	menjadi lebih buruk. perawat mengelola beban kerja yang besar, dan ada korelasi positif antara beban kerja perawat dengan terjadinya insiden keselamatan pasien. pendidikan tentang konsepsi dan komponen. <ul style="list-style-type: none"> • Studi sebelumnya telah menekankan perlunya menciptakan suasana lateral dan transparan di rumah sakit untuk mempromosikan DPSI. • Perawat juga mencatat perlunya membangun suasana rumah sakit di mana hukuman dan kritik dikurangi untuk mempromosikan DPSI.. • Perlunya meningkatkan hubungan antara dokter dan perawat untuk memfasilitasi DPSI. Seperti yang dinyatakan sebelumnya, situasi di mana perawat tidak dapat meminta bantuan dari dokter menunjukkan bahwa ada kebutuhan untuk meningkatkan hubungan mereka. Di institusi pelayanan kesehatan, perlu diciptakan budaya organisasi yang kooperatif di antara para profesional medis. • Selanjutnya, pelatihan keselamatan pasien perlu diberikan kepada supervisor dan manajer untuk menciptakan suasana lateral dan transparan. • Setelah melakukan DPSI, ada lembur, laporan, dan perawatan khusus untuk 	mereka. Untuk memfasilitasi komunikasi insiden keselamatan pasien bagi perawat, pedoman relevan yang disusun berdasarkan jenis insiden keselamatan pasien perlu dikembangkan dan diterapkan. Pendidikan dan pelatihan tentang DPSI juga harus dilakukan secara paralel. Selain itu, meningkatkan suasana organisasi rumah sakit sangat penting untuk memfasilitasi komunikasi yang berguna tentang insiden keselamatan pasien. Oleh karena itu, perlu dilakukan evaluasi terus menerus terhadap persepsi tenaga medis, termasuk perawat, terhadap DPSI
--	--------------	--------------------------------	--	---	---	--

				DPSI.	<p>pasien itu, jadi saya ingin menghindarinya jika tidak terjadi kerugian nyata. Namun, saya pikir, dengan hati-hati, itu harus dilakukan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sebagian besar faktor tersebut seperti kurangnya pengetahuan tentang cara melakukan DPSI, beban kerja, dan budaya organisasi yang negatif membuat perawat tidak melakukan DPSI. 	
6	<p>(Joanna et al., 2018)</p> <p>2018</p> <p>Tenggara Inggris.</p> <p><i>Barriers to staff reporting adverse incidents in NHS hospitals</i></p>	<p>Untuk menilai hambatan pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit.</p>	<p>Metode kuantitatif</p> <p>dengan studi crosssectional</p> <p>267 staf, yang terdiri dari Konsultan (12%), dokter kelas menengah (34%), dokter yayasan (12%), staf perawat (30%), dan profesional kesehatan gabungan (12%)</p>	<p>Sistem Pelaporan Insiden Berbasis Elektronik.</p> <p>Pelaporan AI adalah tulang punggung sistem perawatan kesehatan apa pun termasuk NHS untuk mendorong praktik medis yang baik dan untuk meningkatkan keamanan pasien. Sebanyak >33% profesional perawatan kesehatan dengan pekerjaan rata-rata kurun waktu 7,0 tahun belum pernah diisi AI.</p>	<p>Faktor yang menghambat pelaporan IKP:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rendahnya tingkat umpan balik terhadap pelaporan insiden keselamatan pasien • Kurangnya pelatihan terhadap tenaga kesehatan terkait dengan pelaporan insiden keselamatan pasien • Tanggapan menunjukkan bahwa terbatas pemahaman dan pengetahuan tentang sistem. Hanya 36% (n=97) staf yang dapat mengingat menerima pelatihan dan 23% (n=62) melaporkan kepercayaan diri mengetahui bagaimana proses AIR bekerja. Dari staf yang telah mengajukan AI, hanya 28% (n=51) yang menerima umpan balik dan hanya 33% (n=59) yang merasa bahwa masalah utama telah diselesaikan. Enam puluh persen (n=108) staf telah memperhatikan insiden berulang yang mirip dengan aslinya insiden mereka mengajukan AI tentang • >71% dari anggota staf tidak menerima 	<p>Studi kami menyoroti tingginya tingkat pelaporan yang kurang di antara petugas kesehatan dalam NHS di berbagai layanan kesehatan. Pengalaman penanganan awal telah tersebar luas dipersepsikan secara negatif yang mengarah pada pelaporan insiden. Umpan balik dan pelatihan yang dilaporkan rendah, tetapi di lembaga di mana umpan balik dan pelatihan yang lebih tinggi terjadi, peningkatan kepatuhan sistem AIR terkait hadir. Rekomendasi: semua staf kesehatan harus menerima pelatihan AIR</p>

			5 Rumah Sakit di Inggris		<p>umpan balik berikut AIR dan tidak melihat perubahan apa pun dalam praktiknya, di mana 60% di antaranya responden telah melihat kejadian serupa berulang dan 41% melewatkan kesempatan lebih lanjut untuk melaporkan AI.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi bahwa kurangnya pelatihan dan tingkat yang rendah umpan balik 	yang memadai dan terstandarisasi serta umpan balik yang kuat sistem harus ada untuk mempromosikan umpan balik positif budaya pelaporan di mana keselamatan pasien dapat unggul.
7	(Tricarico et al., 2017) Italia <i>Professional attitude towards incident reporting: can we measure and compare inpatient safety culture?</i>	Untuk menetapkan kategori sikap profesional terhadap pelaporan insiden dengan menganalisis tren dalam pelaporan insiden.	Metode: Kuantitatif dengan pendekatan Survey Italian academic hospital lebih dari 3200 profesional Staf rumah sakit (Perawat, Dokter & Lainnya) Tempat: Rumah sakit akademik Italia dengan 1000 tempat tidur. Peserta:	Sistem Pelaporan Berbasis Kertas yang berifat anonym dan ada yang wajib dan tidak wajib. Insiden dilaporkan menggunakan tiga bentuk kertas yang berbeda: AE umum, AE terkait obat, dan pasien jatuh. AE umum dan formulir AE terkait obat diisi secara anonim dan tidak wajib. Formulir pasien jatuh wajib dan perlu ditandatangani	<ul style="list-style-type: none"> • Sebanyak 8809 IR yang diajukan antara tahun 2010 dan 2015, sesuai dengan 1 dari setiap 77,8 rawat inap dan rumah sakit / hari keluarnya operasi (685 213/8809) dengan rata-rata 1468,2 IR yang diajukan per tahun. Secara keseluruhan, 52,7% (4640) IR menggambarkan AE dan 47,0% (4140) menjelaskan kejadian nyaris celaka. Jumlah IR meningkat dari 1251 pada tahun 2010 menjadi 1859 pada tahun 2015 (Tabel 1). Pelaporan insiden : tahun 2010 (1251), 2011 (1443), 2012 (1315), 2013 (1406), 2014 (1535), dan tahun 2015 (1859). • Secara keseluruhan, 52,7% IR diselesaikan oleh perawat, 24,8% oleh dokter, dan 17,5% oleh profesional lainnya. Proporsi IR yang diselesaikan oleh dokter meningkat dari 17,2% pada tahun 2010 menjadi 29,7% pada tahun 2015, dengan puncaknya sebesar 34,5% pada tahun 2013. 	Komitmen kuat perawat terhadap prosedur tampaknya mendorong fase pertama implementasi IR, dengan keterlibatan segera dalam sistem dan perilaku yang konsisten. Sikap dokter mungkin mewakili budaya keselamatan yang berkembang di dalam rumah sakit, dapat meningkatkan keterlibatan mereka petugas, partisipasi terutama mengenai pelaporan mereka tentang nyaris celaka, khususnya penting dalam inisiatif peningkatan keselamatan. Dari data pelaporan

			<p>Staf rumah sakit (lebih dari 3200 profesional).</p>	<p>bersama oleh dokter dan perawat. Semua formulir mencatat informasi berikut: tanggal, hari dalam seminggu dan waktu kejadian (shift pagi, siang dan malam); reporter ' lingkungan dan profesi (dokter, perawat atau lainnya); deskripsi insiden; usia dan jenis kelamin pasien; bangsal kejadian dan jenis kejadian (AE atau nyaris terjadi). Insiden yang dilaporkan : AE umum, Insiden Nyaris Terjadi, kesalahan pengobatan mencapai <30% dan pasien jatuh (meskipun wajib) adalah jenis yang paling jarang</p>	<p>Pada periode yang sama, proporsi IR yang diselesaikan oleh perawat tetap stabil (50,9% pada tahun 2010 dan 50,3% pada 2015), dengan puncak 61,1% pada 2012.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kami menemukan dua tren signifikan dalam pelaporan mandiri, karena tingkatnya meningkat secara signifikan antara tahun 2010 dan 2012 ($P < 0,001$) dan kemudian menurun antara 2013 dan 2015 ($P < 0,001$). Ketika kami menganalisis data menurut profesi pelapor, kami menemukan peningkatan yang signifikan antara tahun 2010 dan 2012 ($P = 0,002$) dan penurunan antara tahun 2013 dan 2015 ($P < 0,001$) di kalangan dokter. Sebagai perbandingan, di antara perawat, kami tidak menemukan perubahan signifikan pada tingkat laporan diri antara tahun 2010 dan 2012 ($P = 0,39$) tetapi tingkat tersebut menurun secara signifikan antara tahun 2013 dan 2015 ($P < 0,001$) • Hubungan antara sikap terhadap selfreporting dan tingkat keparahan IR. Untuk perawat, bahwa tingkat pelaporan diri secara konsisten >50% untuk setiap kategori keparahan. Namun untuk dokter proporsinya hanya > 50% untuk kejadian sedang dan berat.. Regresi logistik multivariabel menunjukkan bahwa pelaporan diri lebih mungkin di antara perawat daripada dokter (rasio odds [OR] 	<p>menunjukkan bahwa dokter, belum sepenuhnya menerima sistem IR sebagai peluang untuk perbaikan mereka sendiri. Ini juga jelas bahwa indikator alternatif harus digunakan untuk mendukung inter-pretasi tren tingkat IR. Kami percaya bahwa indikator baru dan kombinasi tren yang berbeda dapat digunakan untuk memberikan lebih banyak pemahaman yang utuh tentang fenomena tersebut. Akhirnya, pelaporan mandiri menawarkan tingkat analisis tambahan dan menunjukkan bahwa dokter adalah kelompok sasaran utama untuk meningkatkan IR kesadaran.</p>
--	--	--	--	--	---	---

				dilaporkan.	1,51; 95% CI: 1,31-1,73) dan ringan (OR: 1,54; 95% CI 1,36-1,73), sedang (OR : 1,99; 95% CI: 1,62–2,45) dan AE parah (OR: 1,78; 95% CI: 1,11–2,87) dibandingkan dengan kejadian nyaris	
8	(Soydemir et al., 2017) 2017 Turki <i>Barriers to Medical Error Reporting for Physicians and Nurses</i>	Untuk menentukan apa hambatan untuk pelaporan kesalahan pada dokter dan perawat.	Metode kualitatif deskriptif dengan menggunakan wawancara mendalam semi terstruktur. 23 tenaga medis yang terdiri dari 8 dokter dan 15 perawat. Rumah sakit pelatihan dan penelitian, Turkey	Sistem Pelaporan Berbasis Kertas/formulir Studi ini mengeksplorasi hambatan yang membuat dokter dan perawat tidak melaporkan kesalahan medis dan menemukan bahwa mereka memiliki empat tema utama: ketakutan, sikap administrasi, hambatan terkait sistem, dan persepsi kesalahan oleh petugas kesehatan. Wawancara menunjukkan bahwa hambatan dokter dan perawat untuk pelaporan kesalahan	Faktor yang menghambat dokter dan perawat dalam melaporkan insiden yaitu: <ul style="list-style-type: none"> • Takut dihukum dan dinilai tidak kompeten, Penolakan/kecaman/takut akan stigmatisas, menggambarkan ketakutan mereka untuk disalahkan, dituduh, atau dicap. Mereka takut kehilangan status, pekerjaan, dan jabatan serta ketidakpastian, materi, dan sanksi hukum. Penelitian lain menemukan hasil yang serupa • Tidak adanya umpan balik setelah pelaporan dan kegagalan manajemen untuk menghasilkan umpan balik yang positif • Kurangnya pengetahuan tentang sistem pelaporan di rumah sakit • Sistem pelaporan terlalu rumit dan kurang fungsionalitas karena tidak anonim • Ketika hambatan pelaporan kesalahan diperiksa, terlihat bahwa ada empat tema utama yang terlibat: ketakutan, sikap administrasi, hambatan yang terkait dengan sistem, dan persepsi kesalahan karyawan. Penting untuk mencegah kesalahan medis untuk mengidentifikasi hambatan yang mencegah dokter dan perawat melaporkan 	Ketika hambatan pelaporan kesalahan diperiksa, terlihat bahwa ada empat tema utama yang terlibat: ketakutan, sikap administrasi, hambatan yang terkait dengan sistem, dan persepsi kesalahan karyawan. Penting untuk mencegah kesalahan medis untuk mengidentifikasi hambatan yang mencegah dokter dan perawat melaporkan kesalahan.

				serupa, dan hanya dalam tema ketakutan mereka berbeda.	kesalahan.	
9	(Hewitt et al., 2017) 2017 Canada <i>Sociocultural Factors Influencing Incident Reporting Among Physicians and Nurses: Understanding Frames Underlying Self- and Peer-Reporting Practices</i>	Untuk meningkatkan keselamatan pasien, dengan menyelidiki dokter dan perawat yang melaporkan insiden keselamatan pasien secara sukarela serta untuk memahami apa penghambat pelaporan diri dan pelaporan rekan.	Metode: kualitatif wawancara mendalam rahasia dengan dokter dan perawat Sampel 30 wawancara mendalam dengan dokter dan perawat dilakukan 7 dokter yang hadir (peninjau klinis), 3 residen, 1 direktur klinis keperawatan, 4 pemimpin keperawatan (manajer klinis, disebut sebagai pendidik), serta 15 terdaftar dan	Sistem Pelaporan Berbasis elektronik Dalam praktisi perawatan kesehatan dalam praktik pelaporan mereka berfungsi sebagai pendukung dan penghambat pelaporan diri dan pelaporan rekan. Yang menghambat pelaporan dokter dan perawat, seperti: ketakutan akan bingkai menyalahkan tentang pelaporan diri dan bingkai pengadu tentang pelaporan rekan. Bingkai ini didukung oleh fokus pada individu, meskipun pesan	<ul style="list-style-type: none"> • Pengaktifan pelaporan diri dan pelaporan sejawat • Pelaporan diri: Akuntabilitas profesional, Percaya bahwa pelaporan sistem tidak menghukum • Belajar dari kesalahan • Pelaporan rekan: • Keparahan/kesalahan berulang, • Belajar dari kesalahan, • Anonimitas. • Menghambat pelaporan diri dan pelaporan sejawat • Pelaporan diri • Penghambat: takut disalahkan • Ketidakmampuan, • Perkembangan karir • Pelaporan rekan penghambat: Menghindari pengadu di luar lokus tanggung jawab, batasan profesional • Peningkatan perhatian pada norma kelompok dan konteks lokal akan meningkatkan inisiatif keselamatan 	Praktek pelaporan insiden serta menjadikannya budaya dan relatif tidak berubah praktik dalam lintas profesi dan membutuhkan investasi intensif dalam pendidikan dan pelatihan, serta menunjukkan sistem manfaat melapor sambil melakukan kewaspadaan yang harus dihindari sisi hukuman. Kesimpulannya, sistem kesehatan dan rumah sakit harus mempertimbangkan berbagai bingkai yang memungkinkan dan menghambat pelaporan diri dan peer pelaporan di antara kelompok profesional yang berbeda ketika mencoba untuk meningkatkan kualitas

			praktek perawat dengan berbagai pengalaman	organisasi pelaporan untuk belajar.	pasien seperti pelaporan insiden sistem.	informasi yang diperoleh dari pelaporan insiden sistem.
10	(Siman et al., 2017) 2017 Brasil <i>The practice of reporting adverse events in a teaching hospital</i>	Memahami praktik pelaporan efek samping oleh profesional kesehatan.	Metode kualitatif studi kasus dilakukan di rumah sakit pendidikan dengan peserta dari Pusat Keselamatan Pasien dan tim perawat. Dilakukan dengan wawancara, observasi dan penelitian dokumenter untuk mengolah data menggunakan	Sistem Pelaporan Berbasis Kertas Sampel 31 profesional (6 perawat, 1 teknisi keperawatan, 1 ahli gizi, 1 apoteker, 2 administrator dan 1 ekonom domestik), 7 perawat dan 12 teknisi keperawatan; total, 26 wanita (84%) dan 5 laki-laki (16%), berusia antara 24 dan 51 tahun. Dalam kaitannya dengan profesional lainnya, 49% (n=15) bekerja di tempat lain dan 51% (n=16) bekerja di institusi.	Faktor yang menghambat petugas untuk melaporkan IKP; <ul style="list-style-type: none"> • Kurangnya persiapan, pengetahuan dan faktor kelupaan yang sering dialami perawat. • Budaya menghukum yang masih berlaku di rumah sakit. • Praktek melaporkan kejadian buruk • Bersifat sukarela, manual, dilakukan pada formulir tercetak, dan setelah pendaftaran itu dikirim ke NSP/Manajemen Risiko. Jenis resiko (komplikasi akses vena, kesalahan pengobatan, jatuh dari tempat tidur, ulkus dekubitus, infeksi rumah sakit, kehilangan probe) dengan ruang opsi bagi profesional untuk mengidentifikasi dirinya. Ada SOP deskriptif (Standar Prosedur Operasi) tentang cara memberi tahu AE. • Hambatan terhadap pelaporan kejadian buruk yang efektif • Kurangnya pengetahuan oleh para profesional tentang gagasan dasar seperti apa adalah kesalahan, AE dan konsep keselamatan pasien itu sendiri terbukti: • Gagal memberi beberapa obat, atau memberikan yang salah, jika Anda melakukan sesuatu yang dapat 	Notifikasi diresapi oleh kesenjangan dalam pengetahuan, ketakutan akan hukuman dan komunikasi informal, menghasilkan underreporting. Hal ini diperlukan untuk meningkatkan interaksi antara pemimpin dan profesional, dengan penekanan pada komunikasi dan praktik pendidikan.

					<p>membahayakan pasien.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jatuh dari tempat tidur atau jatuh dari ketinggian sendiri, di kamar mandi. 	
11	<p>(Sujan, 2015)</p> <p>2015</p> <p>Britania Raya</p> <p><i>An organisation without a memory: A qualitative study of hospital staff perceptions on reporting and organisational learning for patient safety</i></p>	<p>Untuk mengeksplorasi persepsi staf kesehatan saat ini terhadap pelaporan dan pembelajaran organisasi untuk meningkatkan keselamatan pasien</p>	<p>Metode: penelitian kualitatif multi-situs. Data dikumpulkan melalui semi-wawancara terstruktur dengan 35 staf dari dua rumah sakit yang berpartisipasi.</p> <p>Mengeksplorasi persepsi staf rumah sakit tentang pengalaman mereka dengan dan sikap terhadap pelaporan dan pembelajaran organisasi untuk meningkatkan</p>	<p>Sistem Pelaporan Berbasis Kertas dan elektronik</p> <p>Analisis mengidentifikasi dua tema utama yang mungkin dirujuk sebagai "melaporkan secara formal" di satu sisi, dan "mendiskusikan" informal di sisi lain: (i) persepsi tentang pelaporan insiden praktek, hambatan untuk pelaporan, dan kurangnya persepsi perbaikan; dan (ii) persepsi tentang kepemilikan lokal yang kurang formal proses pelaporan dan pembelajaran yang mungkin melengkapi lebih formal,</p>	<p>Pelaporan insiden dalam praktik</p> <p>Mengidentifikasi pelaporan insiden sebagai yang utama instrumen untuk berkomunikasi dan merekam pasien yang serius. Kedua rumah sakit mengoperasikan sistem pelaporan insiden yang masuk ke NRLS. Di rumah sakit A, staf radiologi mengisi paper based laporan insiden, dan berikan ini ke departemen mereka manajer, yang meneruskan laporan ke kualitas dan keamanan departemen. Rumah Sakit B memiliki pelaporan insiden elektronik sistem di tempat, dan staf mengisi laporan insiden di komputer, yang dikirim ke departemen manajemen risiko. Pada keduanya staf rumah sakit biasanya akan mengomunikasikan kejadian itu secara lisan kepada manajer mereka terlebih dahulu, dan menyerahkan laporan insiden nanti.</p> <p>Hambatan untuk pelaporan insiden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tidak adanya umpan balik kepada staf yang melaporkan insiden. Pandangan setelah menerima umpan balik. Menerima umpan balik digambarkan sebagai diinginkan tidak hanya untuk mengetahui apa yang sedang dilakukan dalam menanggapi tertentu insiden, tetapi juga 	<p>Belajar dari skandal, seperti penderitaan yang tidak perlu pasien di Mid Staffordshire, telah mengatur NHS dan layanan kesehatan</p> <p>organisasi di seluruh dunia di jalur untuk menjadi sistem</p> <p>berdedikasi untuk terus belajar dan berkembang. Kelihatannya tidak mungkin perjalanan ini dapat dilakukan dengan sukses hanya dengan melakukan lebih banyak hal yang sama melaporkan lebih banyak insiden dan menghasilkan intervensi yang gagal mengarah pada perbaikan berkelanjutan dalam keselamatan pasien. Organisasi perawatan kesehatan harus mencari</p>

			keselamatan pasien.	manajemen risiko dan proses tata kelola klinis.	<p>untuk meningkatkan profesional dan departemen praktek.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Takut akibat bagi diri sendiri dan juga rekan kerja adalah diidentifikasi sebagai penghalang lain untuk melaporkan insiden. Misalnya, ketika seorang perawat terlibat dalam insiden pemberian obat yang salah, individu mungkin dicegah untuk memberikan obat sampai mereka telah melalui sejumlah pelatihan dan kegiatan reflektif.. • Mengidentifikasi berbagai hambatan terkait tempat kerja, seperti masalah menemukan komputer yang tersedia, kesulitan dalam menggunakan sistem pelaporan insiden elektronik. • Kurangnya pelatihan dalam pelaporan insiden • Memakan waktu dan ini mungkin sulit untuk dimasukkan ke dalam jadwal yang sudah sangat padat, memprioritaskan antara pengisian formulir (termasuk laporan insiden) dan perawatan pasien. • Kurangnya perbaikan akibat pelaporan insiden. Dalam pandangan peserta, insiden pelaporan dapat dan memang memicu perbaikan dalam praktik. Namun, perbaikan tersebut tampaknya mengikuti khususnya dari efek samping yang serius atau rangsangan eksternal, seperti nasional 	<p>pendekatan alternatif untuk melengkapi proses mereka yang sudah mapan untuk pelaporan dan pembelajaran organisasi. Studi ini mengidentifikasi sejumlah proses informal yang dilakukan oleh profesional kesehatan mengandalkan untuk mendukung pembelajaran sehari-hari mereka, dan proses ini mungkin memiliki potensi yang lebih besar untuk memungkinkan staf meningkatkan keprihatinan dan berkontribusi secara aktif untuk peningkatan keselamatan pasien. Organisasi perawatan kesehatan harus bertujuan untuk memahami dan mendukung proses informal yang dimiliki secara lokal. Penelitian harus mengeksplorasi cara mengintegrasikan pembelajaran lokal tentang</p>
--	--	--	---------------------	---	--	--

					<p>program untuk mengurangi beberapa jenis efek samping (misalnya pasien jatuh, ulkus dekubitus, dll.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contoh-contoh tersebut terbagi dalam dua kategori: (a) risiko yang dianggap memiliki konsekuensi yang kurang parah, seperti pasien memukul kepala mereka di rak yang ditempatkan dengan canggung; dan (b) risiko yang membutuhkan komunikasi dan kolaborasi antar departemen untuk memperbaiki situasi. Proses dan peluang ini untuk mendiskusikan masalah keselamatan pasien secara informal dan kemungkinan perbaikan jatuh ke dalam tiga kategori: (a) staf departemen rapat, (b) diskusi dengan manajer, dan (c) diskusi dengan teman sebaya. Mendiskusikan masalah keselamatan pasien secara informal melalui proses ini mungkin mengarah pada kesadaran bersama yang lebih besar tentang masalah, berikan lebih banyak umpan balik, dan ciptakan kepemilikan untuk solusi dan perbaikan yang dihasilkan. Bahkan ketika masalah tidak dapat diselesaikan, berdiskusi secara informal dapat menimbulkan perasaan yang lebih besar untuk didengarkan. 	<p>kerentanan dengan informasi risiko di tingkat organisasi dan sistem kesehatan untuk memicu perubahan yang efektif untuk meningkatkan keamanan dan pembinaan keterlibatan staf.</p>
--	--	--	--	--	--	---

12	<p>(Vallejo-Gutierrez et al., 2014)</p> <p>2014</p> <p>Spanyol</p> <p><i>Lessons learnt from the development of the Patient Safety Incidents Reporting and Learning System for the Spanish National Health System: SiNASP</i></p>	<p>Mendeskripsikan proses perkembangan dan karakteristik insiden keselamatan pasien sistem pelaporan yang akan diterapkan di Sistem Kesehatan Nasional Spanyol, berdasarkan konteks dan kebutuhan pemangku kepentingan yang berbeda.</p>	<p>Desain:</p> <p>Development Study</p> <p>Setting : Uji coba dilakukan 2 Rumah Sakit Umum dari wilayah berbeda 42 responden professional kesehatan dan 4 manajer.</p> <p>Analisis sistem pelaporan yang paling relevan, identifikasi lebih dari 100 pemangku kepentingan (pasien, profesional, perwakilan pemerintah daerah) harapan dan persyaratan, analisis konteks</p>	<p>Sistem Pelaporan Insiden Berbasis Elektronik</p> <p>Yang sifatnya sukarela, rahasia, tidak menghukum, anonym. Sistem Pelaporan dan Pembelajaran Kejadian Keselamatan Pasien adalah sistem pelaporan umum untuk semua jenis insiden yang berkaitan dengan keselamatan pasien, sukarela, rahasia, tidak menghukum, anonim atau nominatif dengan anonimisasi, berorientasi sistem, dengan analisis kasus lokal Pengobatan (49,8%), Prosedur terapeutik (12,5%), Prosedur diagnostik (7,2%), risiko rendah (85,2%), risiko sedang (10,3%),</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sistem pelaporan yang berhasil: non-hukuman, rahasia, independen, analisis ahli, analisis kasus tepat waktu, berorientasi sistem, responsif dan mampu menyebarluaskan dan melaksanakan rekomendasi. • Para ahli hukum, dengan mempertimbangkan undang-undang yang merekomendasikan pengembangan RLS sukarela, rahasia, lebih disukai anonim, tidak menghukum, berorientasi pada pembelajaran dan berfokus pada insiden yang tidak membahayakan pasien. • Evaluasi umum sistem adalah positif, dan kesesuaian dengan atribut dasarnya tinggi. • Sebanyak 263 insiden diberitahukan selama uji coba. Perangkat lunak SiNASP mencakup papan skor indikator yang memberikan informasi untuk memfasilitasi pengelolaan sistem • Untuk kategori kurang setuju yaitu : 68% menyatakan khawatir, tindakan disipliner, 54% menerima umpan balik, 68% memiliki waktu. Wawancara telepon semi-terstruktur dengan manajer rumah sakit : • Kesepakatan perangkat lunak dengan taksonomi. SAC sulit untuk dinilai, dibutuhkan lebih banyak pelatihan. Bagus tapi terkadang lambat, area pembuatan laporan perlu ditingkatkan.. 	<p>Sistem pelaporan telah dirancang untuk merespon kebutuhan dan harapan diidentifikasi oleh para pemangku kepentingan, dengan mempertimbangkan pelajaran yang dipetik dari sistem pemberitahuan, karakteristik Sistem Kesehatan Nasional dan peraturan perundang-undangan yang ada konteks. Proses pengembangan yang disajikan dan karakteristik sistem memberikan kerangka kerja komprehensif yang dapat digunakan untuk penerapan keselamatan pasien serupa di masa mendatang sistem.</p>
----	---	--	--	--	---	--

			hukum, konsensus taksonomi, pengembangan perangkat lunak dan uji coba.	risiko tinggi (4,2%), dan risiko ekstrim (0). Pharmacist (38.4%), Nurse (28.9%), Physician (24.7%)	<ul style="list-style-type: none"> •Pelatihan sudah cukup untuk menerapkan sistem tersebut. Waktu dan sumber daya manusia yang dibutuhkan untuk mengelola SiNASP diidentifikasi sebagai masalah utama. Umpan balik telah dibatasi •SiNASP berguna dan perlu. Kesulitan utama adalah rendahnya budaya keselamatan dan komunikasi dengan staf. 	
13	(Haw et al., 2014) 2014 Britania Raya <i>Barriers to the reporting of medication administration errors and near misses: an interview study of nurses at a psychiatric hospital</i>	Untuk mengeksplorasi alasan yang dilaporkan yang diberikan oleh perawat psikiatri rawat inap untuk tidak melaporkan kesalahan pengobatan yang dilakukan oleh rekan kerja dan untuk menentukan hambatan yang dirasakan untuk	Metode: Kualitatif semi terstruktur wawancara. 50 (n=34;68%) perawat staf atau perawat staf senior, sisanya menjadi manajer lingkungan atau wakilnya (n=16;32%).	Sistem Pelaporan Berbasis elektronik wawancara semi-terstruktur, Hambatan untuk melaporkan kesalahan pemberian obat yang dilakukan oleh rekan kerja. Secara total, 26 (52%) peserta. Hambatan untuk melaporkan nyaris celaka. Total dari 21 (42%) peserta tidak akan melaporkan kejadian nyaris celaka melibatkan diri mereka sendiri, dan 9 (18%) lainnya tidak	Permisi : Melewati tanggung jawab misalnya, 'Saya akan memberi tahu manajer lini saya dan mereka dapat memutuskan apa yang harus dilakukan' Itu hanya satu kali dan tidak akan terjadi lagi. Jika itu terjadi lagi maka saya akan melaporkannya Mungkin ada alasan bagus mengapa mereka membuat kesalahan misalnya, 'Itu hanya kelalaian sesaat'. Ini adalah masalah yang sangat umum dan oleh karena itu tidak ada gunanya melaporkan Empati dan ingin mendukung dan tidak menghukum kolega. Takut: Tidak ingin menimbulkan konflik atau membuat marah tim perawat. Takut kehilangan status, stigma dan/atau kepercayaan dengan teman sebaya. Takut akan tindakan disipliner termasuk pemecatan, Takut akan litigasi. Pengetahuan: Tidak mengetahui sistem	Untuk menggambarkan hambatan yang dialami perawat psikiatri terkait dengan pelaporan kesalahan pengobatan dan nyaris celaka. Seperti perawat di lingkungan rumah sakit umum, mereka terkadang kurang memiliki pengetahuan tentang definisi yang tepat dari nyaris celaka dan kesalahan, takut akan konsekuensi dari kesalahan pelaporan, menganggap proses pelaporan menjadi rumit dan terkadang dengan sedikit manfaat nyata. Pemimpin dan manajer

		pelaporan nyaris meninggal.		Pelaporan yang dilakukan oleh rekan kerja (24; 48%) atau nyaris celaka (20;40%),	dan prosedur pelaporan Medi-Error Ketidakpastian apakah peristiwa tersebut merupakan kesalahan atau Tekanan. Masalah yang berkaitan dengan definisi nyaris celaka, Tidak mengetahui sistem pelaporan <i>Medi-Error</i> Beban: Tekanan pekerjaan dan terlalu banyak usaha yang terlibat dalam proses pelaporan, Bukan aktivitas yang berharga	perawat perlu meyakinkan perawat bahwa mereka dapat mengembangkan budaya belajar yang benar di mana setiap kesalahan atau nyaris celaka dipandang sebagai peluang dan bukan beban.
14	(Aboshaiqah, 2013) 2013 Saudi Arabia <i>Barriers in reporting medication administration errors as perceived by nurses in Saudi Arabia</i>	Untuk menilai mengapa kesalahan pemberian obat tidak dilaporkan seperti yang dirasakan oleh perawat di rumah sakit tersier milik pemerintah yang besar.	Metode: Kuantitatif Sampel: 14.Sampel 350 perawat yang dipilih secara acak ditugaskan di berbagai unit layanan yang mewakili 35% dari total perawat yang bekerja di rumah sakit ini diundang untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Ada 320	Sistem Pelaporan Berbasis Kertas Hasil mengungkapkan bahwa tanggapan administratif, sedikit setuju) dianggap sebagai faktor mengapa MAE tidak dilaporkan seperti yang ditunjukkan pada Perawat bisa disalahkan jika sesuatu terjadi pada pasien sebagai akibat dari kesalahan pengobatan (M=4.20; sedikit setuju) dan	Tanggapan Administratif: Dalam studi ini, respons administratif secara kolektif dirasakan oleh para peserta sebagai faktor mengapa MAE tidak dilaporkan. Faktor Ketakutan: Para peserta dalam penelitian ini mungkin tidak secara kolektif merasakan ketakutan sebagai faktor mengapa MAE tidak dilaporkan dalam pengaturan ini. Tanpa pertimbangan rasa takut sebagai faktor mengapa MAE tidak dilaporkan dalam pengaturan ini adalah berbeda dengan hasil dari berbagai penelitian yang mengidentifikasi dan menganggap ketakutan sebagai faktor utama mengapa MAE tidak dilaporkan Upaya Pelaporan: Upaya pelaporan tidak secara kolektif dianggap sebagai hambatan dalam pelaporan MAEs. Perawat lebih cenderung menyerahkan laporan MAE ketika	Pengaturan yang berbeda seperti Tidak melaporkan MAE adalah masalah rumit yang melibatkan paradigma perawat, gaya kepemimpinan dan budaya organisasi sebagaimana dibuktikan dalam penelitian ini. Studi lebih lanjut diperlukan untuk memahami dan cari tahu apa sebenarnya alasan yang mendasarinya MAE tidak dilaporkan tidak hanya dalam pengaturan ini tetapi juga dalam organisasi kesehatan lainnya juga.. Perawat harus ingatlah bahwa mereka secara

			<p>kuesioner yang diambil yang dibagikan tapi setelah tujuh hari. Hanya 307 kasus yang diproses untuk analisis akhir dengan tingkat respons efektif 87,71%.</p>	<p>ketika kesalahan pengobatan terjadi, administrasi keperawatan berfokus pada individu daripada melihat sistem sebagai potensi penyebab kesalahan (M=4.12; sedikit setuju) adalah dua item teratas dalam subskala. Para peserta cukup tidak setuju bahwa ketidaksetujuan dengan definisi (M=2.02) dan sedikit tidak setuju bahwa upaya pelaporan (M=2.84) dan ketakutan (M=2.79) .</p>	<p>waktunya singkat Ketidakepakatan atas Kesalahan; Hasil menunjukkan bahwa perawat dalam pengaturan ini mengetahui definisi kesalahan pengobatan rumah sakit, mengenali kapan kesalahan terjadi, memiliki definisi yang jelas tentang apa itu kesalahan pengobatan dan mengetahui penyebabnya. pentingnya pelaporan kesalahan pemberian obat. Persentase Kesalahan Aktual yang Dilaporkan: Hitungan numerik tidak ditetapkan dalam penelitian ini karena instrumen yang digunakan hanya menanyakan persentase kesalahan aktual yang dilaporkan. Lebih dari separuh perawat (N=181; 59%) melaporkan antara 0% dan 20% kesalahan aktual yang dilakukan. Berdasarkan kisaran rata-rata 21% hingga 40%, kesalahan aktual yang dilakukan dan dilaporkan mungkin berkisar dari 2 hingga 4 dari 10 kemungkinan kesalahan yang berkomitmen. Hal ini menunjukkan bahwa ada di bawah pelaporan kesalahan aktual yang dilakukan dalam pengaturan ini. Kegagalan untuk laporan paling banyak 79% dari MAE dalam penelitian ini adalah tinggi.</p>	<p>pribadi bertanggung jawab untuk apapun hasil dari keputusan dan tindakan mereka. Lingkungan yang “tidak menyalahkan, tidak menghukum” harus Memfasilitasi pengembangan kualitas yang lebih dapat diterima dan hasil keselamatan seperti yang dikemukakan oleh berbagai pendukung keamanan pasien. Solusi dan strategi mungkin diperlukan untuk dirumuskan dan diimplementasikan pada basis per institusi karena beragam faktor tampaknya mempengaruhi mengapa MAE tidak dilaporkan. Praktik terbaik dari institusi lain mungkin nilai dalam membentuk inisiatif institusi menuju MAE.</p>
15	(Pfeiffer et	Untuk mengidentifika	Desaign	: Sistem Pelaporan	Dimensi individu yang paling relevan untuk kesediaan untuk melaporkan adalah	Studi ini membantu memprioritaskan tindakan

	<p>al., 2013) 2013, Swiss <i>Motivational antecedents Of incident reporting: evidence from a survey of nurses and physicians</i></p>	<p>sisecara empiris (1.)anteseden yang relevan untuk kesediaan dokter untuk melaporkan tingkat individu, organisasi dan terkait IRS, dan untuk menyelidiki (2.) apakah ada anteseden berbedayang relevan untuk dokter versus perawat</p>	<p>Survey 5 Rumah Sakit (tiga rumah sakit daerah, satu rumah sakit kewilayahan dan satu rumah sakit universitas).818 responden, (546 perawat dan 230 dokter)</p>	<p>Berbasis Elektronik Pelaporan melalui formulir elektronik, yang kemudian dianalisis (oleh tim lokal atau oleh manajer risiko, atau keduanya). Sistem pelaporan sukarela, sebagian besar berfokus pada kejadian nyaris celaka, bukan peristiwa aktual. Orang dapat melaporkan insiden melalui formulir elektronik, yang kemudian dianalisis (oleh tim lokal atau oleh manajer risiko, atau keduanya) dan kemudian, idealnya, tindakan diambil).</p>	<p>efektivitas yang dirasakan. Ketakutan berdampak negative pada kesediaan untuk melaporkan, norma subjektif memiliki efek positif dan identitas peran berpengaruh positif terhadap norma subjektif dan memiliki efek negatif pada ketakutan dan kekhawatiran Dimensi Organisasi : dukungan manajemen memiliki pengaruh positif yang signifikan dan keamanan Psikologis memiliki efek negative pada kesediaan untuk melaporkan. Dimensi IRS : pengaruh paling signifikan terhadap kesediaan untuk melaporkan adalah transparansi prosedur. Umpan balik tidak memiliki pengaruh yang relevan. Kepercayaan terhadap IRS berpengaruh positif terhadap kemauan melaporkan. Anteseden motivasi yang paling relevan adalah Transparansi Prosedur, Dukungan manajemen hanya memiliki pengaruh kecil namun mempengaruhi identitas peran. Efektivitas IRS paling dipengaruhi oleh identitas peran, Dukungan manajemen hanya memiliki efek kecil dan transparansi tidak berpengaruh pada efektivitas IRS yang mungkin karena keterkaitan antara transparansi dan dukungan manajemen.</p>	<p>manajemen dalam merancang dan menerapkan IRS untuk organisasi perawatan dengan memberikan bukti tentang memotivasi dokter untuk melaporkan insiden. Sementara penelitian sebelumnya melaporkan hambatan pelaporan insiden dengan cara deskriptif, penggunaan variabel hasil dalam penelitian ini membantu untuk mengidentifikasi relevansi relatif dari anteseden motivasi yang diusulkan. Kami mengidentifikasi anteseden motivasi yang berbeda untuk kelompok profesional perawat dan dokter, misalnya efektivitas yang dirasakan menjadi sangat penting bagi dokter. Untuk memajukan penggunaan IRS di rumah sakit, praktisi dan peneliti perlu mengembangkan ide tentang bagaimana</p>
--	---	---	---	---	--	---

					Transparansi IRS menunjukkan pengaruh terkuat pada perawat maupun dokter untuk Kesediaan untuk melaporkan namun lebih relevan ke perawat. Efektivitas dan dukungan manajemen tampak lebih penting bagi dokter. Identitas peran memiliki pengaruh yang jauh lebih kuat diefektifitas yang dirasakan untuk perawat. Transparansi prosedur IRS tampaknya mempengaruhi persepsi efektivitas perawat tetapi tidak untuk dokter.	membuat efektif IRS dengan cara terbaik untuk meningkatkan transparansi prosedur pelaporan, terutama untuk perawat..
16	(Kuo et al., 2012) 2012, Taiwan <i>The Evaluation of a Web-Based Incident Reporting System</i>	Untuk mengevaluasi Sistem pelaporan berbasis web di Taiwan	Desain: Mixed-methods Setting: Rumah sakit pendidikan Taiwan Selatan Partisipan : 249 Perawat	Sistem Pelaporan Insiden Berbasis Elektronik-Web yang bersifat anonym dan rahasia. Formulir : Fitur : Resolusi layar dan ukuran font dapat disesuaikan berdasarkan. Kebutuhan masing-masing unit Insiden yang dilaporkan : <ul style="list-style-type: none"> • Jatuh • Ulkus tekanan • Dislokasi tabung endotrakeal • Laboratorium, 	a. Demografi Perawat sebagai Terkait Kepuasan Pengguna dan Faktor Penghambat <ul style="list-style-type: none"> • Usia dan pengalaman keperawatan sangat berkorelasi. • Pengalaman keperawatan berkorelasi negatif dengan kepuasan pengguna. • Kepuasan pengguna berbeda secara signifikan di berbagai departemen. • Pengalaman keperawatan berkorelasi positif dengan faktor penghambat. b. Kepuasan Dengan Sistem Pelaporan Berbasis Web: <ul style="list-style-type: none"> • Sistem, fungsi, keamanan, dan kepuasan keseluruhan, hasil menunjukkan. Saya tahu di mana harus mengajukan peristiwa insiden dan klasifikasi mudah dipahami, Saya tahu apa yang harus dilaporkan, Saya puas bahwa saya akan segera 	Perawat senior kurang puas dengan sistem pelaporan insiden berbasis web dibandingkan perawat junior. Perawat senior juga melaporkan lebih banyak faktor penghambat yang memengaruhi kesediaan mereka untuk melaporkan kejadian. Konsumsi waktu dan nilai laporan acara dalam hal peningkatan perawatan juga menjadi perhatian para wartawan. Metode memasukkan laporan harus sederhana dan jelas dan harus mengurangi waktu

				<ul style="list-style-type: none"> • Lingkungan dan perangkat, 	<p>diberitahu tentang kesalahan entri data. saya puas bahwa orang yang melaporkan kesalahan dapat tetap anonim, dan secara keseluruhan.</p> <p>c. Faktor-faktor yang Menghambat Pelaporan Peristiwa Insiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semua item dalam kategori faktor penghambat dinilai dalam kecenderungan positif, yang menunjukkan bahwa mereka berkontribusi pada alasan staf dipertimbangkan dalam melaporkan insiden. Dalam organisasi, kompleksitas atau kesederhanaan proses pelaporan mendapat skor tertinggi, diikutoleh, kerahasiaan sistem pelaporan dalam organisasi dan pribadi, memahami pentingnya melaporkan peristiwa mendapat skor tertinggi. Memiliki waktu untuk melaporkan kejadian memiliki pengaruh terbesar. • Sistem kertas digunakan untuk melaporkan sebanyak 345 kasus sedangkan sistem berbasis web mengambil 639 kasus. • Perawat mengomentari masalah kegunaan seperti klasifikasi insiden yang tidak jelas. Sebagai tambahan sistem tidak stabil dan sering macet, sehingga proses entri peristiwa insiden sering dimulai ulang. Beberapa pengguna menulis bahwa meskipun datanya anonim, administrator masih mengetahui pelapor. 	<p>pelaporan. Setelah diluncurkan sistem berbasis Web, jumlah peristiwa yang dilaporkan, dan peristiwa itu sendiri cenderung lebih mengarah ke cedera ringan atau minimal. Disamping itu bahwa, meskipun sistem berbasis web dapat meningkatkan kemauan perawat untuk melaporkan cedera ringan atau minimal, proses pelaporan secara keseluruhan tetap sama seperti pada sistem kertas.</p>
--	--	--	--	---	--	---

					<ul style="list-style-type: none"> Perawat lain menyarankan agar lebih menyederhanakan sistem untuk menghemat waktu pelaporan. Terlepas dari kekhawatiran ini beberapa perawat memuji sistem untuk kegunaannya dan menyarankan bahwa sistem dapat meningkatkan kualitas laporan dengan menambahkan grafik tren insiden. 	
17	<p>(Anderson et al., 2013)</p> <p>2013, Inggris</p> <p><i>Can incident reporting improve safety?</i></p> <p><i>Healthcare practitioners' views of the effectiveness of incident reporting</i></p>	<p>Untuk menguji efektivitas pelaporan insiden yang dirasakan dalam meningkatkan keselamatan dalam pengaturan kesehatan mental dan rumah sakit akut</p>	<p>Desain :</p> <p>Kualitatif menggunakan analisis dokumenter dan wawancara semi terstruktur.</p> <p>Pengaturan. Dua rumah sakit pendidikan besar di London; satu menyediakan akut dan perawatan kesehatan mental lainnya.</p> <p>Peserta. Enam puluh dua</p>	<p>Sistem pelaporan elektronik dan berbasis kertas yang bersifat sukarela dan anonym. Insiden yang dilaporkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> kompetensi dan keterampilan staf, kesalahan pengobatan, Koordinasi sistem, Dan perangkat medis / ti Kekerasan, Melarikan diri, Kesalahan pengobatan, merokok risiko kebakaran, dan Melukai diri sendiri / bunuh 	<p>a. Organisasi sistem pelaporan insiden.</p> <ul style="list-style-type: none"> Pimpinan memimpin rapat departemen reguler yang dihadiri oleh dokter, manajer dan manajer risiko untuk membahas semua insiden yang dilaporkan; mengambil tindakan perbaikan; menilai setiap tindakan yang dilakukan; dan memberikan umpan balik kepada staf garis depan. Diskusi dan investigasi insiden serius juga terjadi di komite keselamatan dan kualitas lintas departemen bersama dengan dewan, memantau tren insiden yang merugikan. Manajer keselamatan di kantor risiko pusat menerima semua laporan insiden dan memutuskan dengan manajer departemen apakah penyelidikan lebih lanjut harus dilakukan. Jika kantor risiko pusat merekomendasikan suatu investigasi, itu disahkan oleh komite keselamatan lintas departemen tingkat tinggi yang menerima laporan investigasi untuk disetujui. Staf klinis ditunjuk untuk panel investigasi, didukung oleh manajer keselamatan kantor 	<p>Pelaporan insiden dapat menjadi alat yang ampuh untuk mengembangkan dan mempertahankan kesadaran akan risiko dalam praktik perawatan kesehatan. Menggunakan laporan insiden untuk meningkatkan perawatan merupakan tantangan dan penelitian ini menyoroti kompleksitas yang terlibat dan kesulitan yang dihadapi oleh staf dalam belajar dari data insiden.</p>

			<p>praktisi kesehatan dengan pengalaman melaporkan dan menganalisis insiden</p>	<p>diri.</p>	<p>risiko pusat. Selain melakukan investigasi terhadap insiden serius, keterlibatan staf klinis dalam proses ini relatif rendah.</p> <p>b. Sifat resiko klinis</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dalam kesehatan mental, lima risiko yang paling sering dikutip; kekerasan, melarikan diri, kesalahan pengobatan, merokok / risiko kebakaran, dan melukai diri sendiri / bunuh diri. • Dalam perawatan akut, lima risiko teratas adalah kompetensi dan keterampilan staf, tingkat staf, kesalahan pengobatan, koordinasi sistem, dan perangkat medis / TI. <p>c. Dampak pada perawatan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peserta ditanya apakah pelaporan insiden meningkatkan perawatan. Secara umum, staf bersikap positif tentang efek pelaporan insiden, lebih pada perawatan akut daripada kesehatan mental. Responden di kedua rumah sakit menyarankan pelaporan insiden dapat ditingkatkan dan menyoroti kesulitan untuk mengukur efeknya. <p>d. Tantangan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penerimaan pelaporan insiden dan kesalahan. Anggota staf kesehatan mental kurang berkeinginan untuk menggunakan sistem, kurang berpengalaman dalam menggunakannya dan lebih cenderung melihat adanya budaya menyalahkan yang mereka kaitkan dengan tingkat pelaporan
--	--	--	---	--------------	---

					<p>yang rendah, dibandingkan staf perawatan akut. Di kedua rumah sakit, staf menerima bahwa menyalahkan yang adil itu perlu, tetapi berpikir ini tergantung pada individu dan tim yang terlibat. Di kedua rumah sakit, narasumber mengatakan bahwa menyeimbangkan antara kebutuhan akan akuntabilitas dan budaya tidak menyalahkan terkadang menantang.</p> <p>• Investigasi insiden. Tantangan yang dibahas staf dalam kaitannya dengan melakukan investigasi. Kurangnya waktu dan sumber daya sering disebut sebagai masalah utama dalam melakukan penyelidikan. Responden kesehatan mental juga membahas kesulitan dalam mengidentifikasi penyebab insiden dan, oleh karena itu, menentukan tindakan yang tepat untuk mencegah kejadian serupa terulang kembali. Insiden serius di rumah sakit ini dilaporkan di media dan profil publik yang tinggi menciptakan tekanan pada anggota staf yang bertanggung jawab untuk melakukan penyelidikan.</p> <p>• Implementasi perubahan. banyak orang yang diwawancarai berpikir bahwa faktor utama yang menghambat implementasi perubahan di kedua rumah sakit adalah rendahnya kualitas rekomendasi yang dibuat dalam laporan investigasi. Perubahan sering terjadi pada departemen,</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>membutuhkan koordinasi antar tim untuk mengimplementasikan perubahan. Kompleksitas tambahan dalam kesehatan mental adalah bahwa beberapa departemen terpisah secara geografis. Dokter yang terlibat dalam penerapan perubahan sering tidak dikonsultasikan tentang kelayakan dan potensi manfaat dari solusi yang direkomendasikan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluasi perubahan; Di kedua rumah sakit, ada ketergantungan pada metode evaluasi informal seperti diskusi tim, pengawasan manajemen dan disebutkan audit dan kartu skor, tetapi bahkan mereka yang menyebutkan metode ini belum tentu menggunakannya. • Umpan balik kepada staf. Staf yang tidak terlibat secara formal dalam proses peninjauan insiden umumnya menerima sedikit informasi tentang laporan insiden dan hasil terkait, dan ini disorot sebagai kelemahan oleh banyak responden di kedua rumah sakit. Banyak narasumber membahas kesulitan mengkomunikasikan informasi ini secara efektif. 	
--	--	--	--	--	---	--

B. Screen Shot pencarian pada database

1. PubMed

Filters applied: Full text, English. [Clear all](#)

Add terms to the query box

All Fields [ADD](#) [Show Index](#)

Query box

[Search](#)

History and Search Details [Download](#) [Delete](#)

Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#8	---	>	Search: (((((((Healthcare professional[Title/Abstract]) OR (Doctors[Title/Abstract]) OR (Nurse[Title/Abstract]) AND (nurses[Title/Abstract]) OR (event reporting[Title/Abstract]) OR (patient safety reporting[Title/Abstract]) OR (incident reporting[Title/Abstract]) OR (adverse event[Title/Abstract]) AND (medical error[Title/Abstract]) AND (Hospital[Title/Abstract]) Filters: Full text, English	69	10:58:08

Save Email Send to Sorted by: Best match [Display options](#)

MY NCBI FILTERS [x](#) 50 results Page 1 of 5

RESULTS BY YEAR [v](#) [d](#) [Reset](#)

TEXT AVAILABILITY

Abstract

Free full text

Full text

ARTICLE ATTRIBUTE

Associated data

ARTICLE TYPE

Books and Documents

Clinical Trial

Filters applied: Full text, English. [Clear all](#)

Medical error reporting among doctors and nurses in a Nigerian hospital: A cross-sectional survey.

1
Cite Afolalu OO, Jordan S, Kyriacos U. J Nurs Manag. 2021 Jul;29(5):1007-1015. doi: 10.1111/jonm.13238. Epub 2021 Jan 21. PMID: 33346942

Share AIM: To compare **doctors'** and **nurses'** perceptions of factors influencing **medical error reporting**. ...IMPLICATIONS FOR NURSING MANAGEMENT: Suboptimal **reporting** of serious **adverse** events has implications for **patient safety** ...

Assessment of Patient Safety Culture Among Doctors, Nurses, and Midwives in a Public Hospital in Afghanistan.

2
Cite Jabarkhili AQ, Tabatabaee SS, Jamali J, Moghri J. Risk Manag Healthc Policy. 2021 Mar 19;14:1211-1217. doi: 10.2147/RMHP.S292193. eCollection 2021. PMID: 33776498 [Free PMC article](#).

Share INTRODUCTION: The first step to improve the **safety** of patients in hospitals is to evaluate **safety** culture. Therefore, the **patient safety** culture in **doctors, nurses** and midwives should be reviewed regularly. ...Overall, **patients** ...

NIH National Library of Medicine National Center for Biotechnology Information Log In

PubMed.gov [Search](#) [User Guide](#)

Advanced Create alert Create RSS

Save Email Send to Sorted by: Best match [Display options](#)

MY NCBI FILTERS [x](#) 69 results Page 1 of 7

RESULTS BY YEAR [v](#) [d](#)

TEXT AVAILABILITY

Abstract

Free full text

Full text

Filters applied: Full text, English. [Clear all](#)

Medical Error Reduction and Prevention.

1
Cite Rodziewicz TL, Houseman B, Hipsland JE. 2022 Jan 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 29763131 [Free Books & Documents](#).

Share **Adverse Event** An **adverse event** is a type of injury that most frequently is due to an **error** in **medical** or surgical treatment rather than the underlying **medical** condition of the **patient**. ...The active human **error** trigges ...

Medical error reporting among doctors and nurses in a Nigerian hospital: A cross-sectional survey.

2
Cite Afolalu OO, Jordan S, Kyriacos U. J Nurs Manag. 2021 Jul;29(5):1007-1015. doi: 10.1111/jonm.13238. Epub 2021 Jan 21. PMID: 33346942

PubMed.gov

tle/Abstract)) AND (medical error[Title/Abstract]) AND (Hospital[Title/Abstract]) X Search

Advanced Create alert Create RSS User Guide

Save Email Send to Sorted by: Best match Display options

MY NCBI FILTERS 45 results << Page 1 of 5 >>

RESULTS BY YEAR

TEXT AVAILABILITY

Abstract

Free full text

Full text

ARTICLE ATTRIBUTE

Associated data

Filters applied: Full text, in the last 10 years, English. Clear all

Medical Error Reduction and Prevention.

1 Rodzewicz TL, Houseman B, Hipskind JE.
Cite 2022 Jan 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-.
PMID: 29763131 Free Books & Documents.

Share **Adverse Event** An **adverse event** is a type of injury that most frequently is due to an **error** in **medical** or surgical treatment rather than the underlying **medical** condition of the **patient**. ...The active human **error** trigge ...

Medical error reporting among doctors and nurses in a Nigerian hospital: A cross-sectional survey.

2 Afalalu OO, Jordan S, Kyriacos U.
Cite J Nurs Manag. 2021 Jul;29(5):1007-1015. doi: 10.1111/jonm.13238. Epub 2021 Jan 21.
PMID: 33346942

Share AIM: To compare **doctors'** and **nurses'** perceptions of factors influencing **medical error reporting**, ...IMPLICATIONS FOR NURSING MANAGEMENT: Suboptimal **reporting** of serious **adverse events**

2. Wiley Online Library

Wiley Online Library "Healthcare professional" + "Doctor" Login / Register

70 results for ""Healthcare professional" + "Doctors" + "Nurse" + "Nurses" And "event reporting" AND Hospital" anywhere

★ SAVE SEARCH | RSS

Articles & Chapters (70)

Filters

Publication Type

Journals 66

Books 4

Publication Date

Last 3 Months 1

Refine Search

Sorted by: Relevance

Export Citation(s)

Review

Adverse drug event reporting by pharmacists: a systematic literature review

Rasha M. Arabyat, Antoni Sanchez Martinez, Mohammad B. Nusair

Journal of Pharmaceutical Health Services Research | Volume 11, Issue 1

First published: 10 December 2019

Wiley Online Library "Healthcare professional" + "Doctor" Login / Register

66 results for ""Healthcare professional" + "Doctors" + "Nurse" + "Nurses" And "event reporting" AND Hospital" anywhere

★ SAVE SEARCH | RSS

Articles & Chapters (66)

Applied Filters Clear all X

Journals X

Filters

Publication Date

Last 3 Months 1

Last 6 Months 3

Refine Search

Sorted by: Relevance

Review

Adverse drug event reporting by pharmacists: a systematic literature review

Rasha M. Arabyat, Antoni Sanchez Martinez, Mohammad B. Nusair

Journal of Pharmaceutical Health Services Research | Volume 11, Issue 1

First published: 10 December 2019

Abstract

Wiley Online Library "Healthcare professional" + "Doctors" [Login / Register](#)

52 results for ""Healthcare professional" + "Doctors" + "Nurse" + "Nurses" And "event reporting" AND Hospital" anywhere

★ SAVE SEARCH |

Articles & Chapters (52)

Applied Filters Clear all X

Journals X | 2011-2021 X

Filters

Access Status ^

Open Access Content 1

Refine Search

Sorted by: Relevance

Review

Adverse drug event reporting by pharmacists: a systematic literature review

Rasha M. Arabyat, Antoni Sanchez Martinez, Mohammad B. Nusair

Journal of Pharmaceutical Health Services Research | Volume 11, Issue 1

First published: 10 December 2019

Abstract

Activate Windows
Go to Settings to activate W

3. Science Direct

ScienceDirect Journals & Books

Advanced Search

Search tips

Find articles with these terms

Healthcare professional OR Doctors OR Nurses AND event reporting OR Incident reporting OR adverse event AND Hospital

In this journal or book title Year(s)

Author(s) Author affiliation

Volume(s) Issue(s) Page(s)

ScienceDirect Journals & Books

Find articles with these terms

Healthcare professional OR Doctors OR Nurses AND event reporting

Journal or book title: journal X Year: 2011-2021 X

948 results sorted by re

Refine by:

Years

- 2021 (92)
- 2020 (95)
- 2019 (93)
- 2018 (97)
- 2017 (114)
- 2016 (92)
- 2015 (101)
- 2014 (88)

Research article Open access

Frequency and barriers of reporting workplace violence in nurses: An online survey in China

International *Journal of Nursing Sciences*, 3 December 2020, ...

Chunyan Song, Gail Wang, Hongyan Wu

Research article Open access

Nurses' lived experiences of professional autonomy in Iran

International *Journal of Nursing Sciences*, 23 May 2019, ...

Elahe Setoodegan, Sakineh Gholamzadeh, ... Hamid Perazi

Want a richer search experience?

Activate Windows
Go to Settings to activate W

ScienceDirect Journals & Books

Advanced Search

Find articles with these terms

Healthcare professional OR Doctors OR Nurses AND event reporting

Journal or book title: journal X Year: 2011-2021 X

948 results sorted by relevance

Refine by:

Years

- 2021 (92)
- 2020 (95)
- 2019 (93)
- 2018 (97)
- 2017 (114)
- 2016 (92)
- 2015 (101)
- 2014 (88)
- 2013 (93)
- 2012 (92)
- 2011 (93)

Custom range

Show less

Article type

Research article Open access

Frequency and barriers of reporting workplace violence in nurses: An online survey in China

International *Journal of Nursing Sciences*, 3 December 2020, ...

Chunyan Song, Gail Wang, Hongyan Wu

Research article Open access

Nurses' lived experiences of professional autonomy in Iran

International *Journal of Nursing Sciences*, 23 May 2019, ...

Elahe Setoodegan, Sakineh Gholamzadeh, ... Hamid Perazi

Want a richer search experience?

Sign in for article previews, additional search fields & filters, and multiple article download & export options.

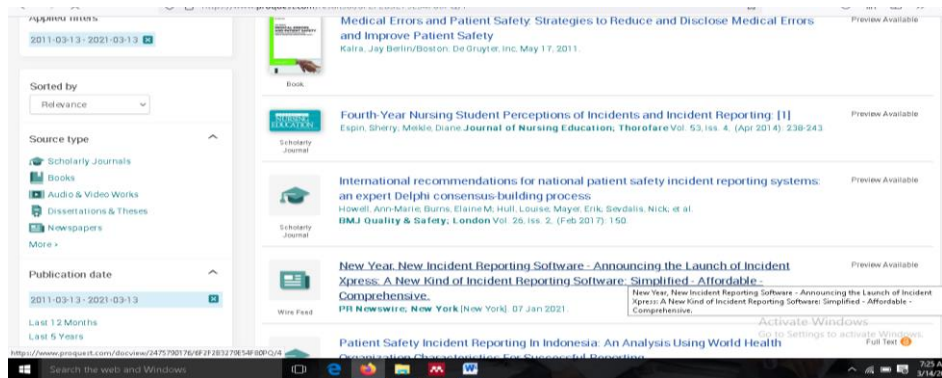
Research article Open access

Hospital ethical climate associated with the professional quality of life among nurses during the early stage of COVID-19 pandemic in Wuhan, China: A cross-sectional study

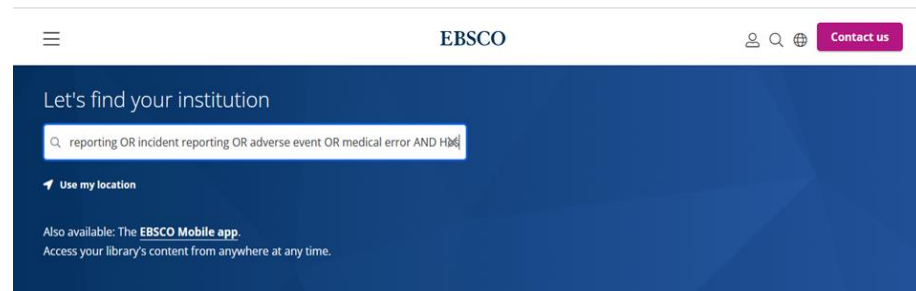
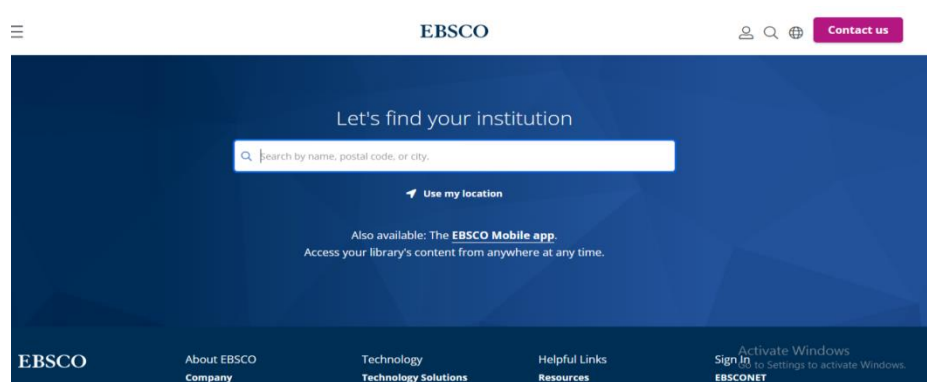
International *Journal of Nursing Sciences*, 12 May 2021, ...

[Go to Settings to activate Windows](#) | [Feedback](#)

4. ProQuest



5. EBSCO



1 - 20 results of 100 results

FINANCIAL REPORTING COUNCIL
GOVERNMENT BUILDING
PORT LOUIS.

Activate Windows
Go to Settings to activate Windows.

6. Garuda

The screenshot shows the Garuda database search results for the keyword "Pelaporan Insiden". The search results are filtered by year (2021) and show 15 documents. The first document is titled "PENGEMBANGAN PROSEDUR PELAPORAN INSIDEN KEAMANAN INFORMASI MENGGUNAKAN STANDARISASI ISO/IEC 27001 DAN 27002" published in November 2021. The second document is titled "Action Research: Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di IHS RSUD Dr. Soeradjitirtonegoro Klaten" published in November 2021. The third document is titled "PEKERJAAN BUDAYA PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DI SEMBILAN RSUD DAERAH PROVINSI SULAWESI SELATAN" published in November 2021.

7. Grey Literature

The screenshot shows search results on Degruyter.com for the query "Web-based OR incident reporting Or adverse event OR medical error AND Hospital". The results are sorted by relevance and show 10 of 114 results. The first article is titled "Investigating the safety and feasibility of osteopathic medicine in the pediatric oncology outpatient setting" published in April 2022. The article abstract discusses the feasibility of participating in six out of eight weekly treatments and the use of adverse event grading per Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE). The second article is titled "Chromotherapy is associated with transient hypernatremia without clinical sequelae" published in May 2022. The article abstract discusses the inclusion of patients receiving cisplatin-based HIPEC with intravenous sodium thiosulfate and the reporting of renal impairment.

The screenshot shows search results on Degruyter.com for the query "Web-based OR incident reporting Or adverse event OR medical error AND Hospital". The results are sorted by relevance and show 10 of 114 results. The first article is titled "Chromotherapy is associated with transient hypernatremia without clinical sequelae" published in May 2022. The article abstract discusses the inclusion of patients receiving cisplatin-based HIPEC with intravenous sodium thiosulfate and the reporting of renal impairment. The second article is titled "Prolonged exposure for pain and comorbid PTSD: a single-case" published in May 2022.

C. Quality Assessment Checklist

PRISMA-ScR Checklist Item

SECTION	ITEM	PRISMA-ScR CHECKLIST ITEM	REPORTED ON PAGE #
TITLE			
Judul	1	Identifikasi laporan sebagai <i>scoping review</i>	Sampul
ABSTRACT			
Ringkasan struktur	2	Tersedia ringkasan terstruktur yang mencakup (jika berlaku): latar belakang, tujuan, kriteria kelayakan, sumber bukti, metode pembuatan bagan, hasil, dan kesimpulan yang berkaitan dengan pertanyaan dan tujuan tinjauan.	vi-vii
INTRODUCTION			
Rasional	3	Menjelaskan alasan tinjauan dalam konteks yang sudah diketahui. Jelaskan mengapa pertanyaan/tujuan tinjauan cocok untuk pendekatan <i>scoping review</i> .	1-6
Tujuan	4	Menyediakan pernyataan eksplisit tentang pertanyaan dan tujuan yang dibahas dengan mengacu pada elemen kunci (misalnya, populasi atau peserta, konsep, dan konteks) atau elemen kunci relevan lainnya yang digunakan untuk membuat konsep pertanyaan dan / atau tujuantinjauan.	6-7
METHODS			
Protokol dan registrasi	5	Tunjukkan apakah protokol tinjauan ada; sebutkan jika dan di mana itu dapat diakses (misalnya, alamat Web); dan jika tersedia, berikan informasi pendaftaran, termasuk nomor pendaftaran.	Tidak dilakukan
Kriteria kelayakan	6	Tentukan karakteristik sumber bukti yang digunakan sebagai kriteria kelayakan (misalnya, tahun dipertimbangkan, bahasa, dan status publikasi), dan berikan alasannya.	51
Sumber informasi	7	Jelaskan semua sumber informasi dalam pencarian (misalnya, database dengan tanggal cakupan dan kontak dengan penulis untuk mengidentifikasi sumber tambahan), serta tanggal pencarian terakhir dilakukan.	51-55
Pencarian	8	Sajikan strategi pencarian elektronik lengkap untuk setidaknya 1 database,	53-55

		termasuk batasan apa pun yang digunakan, sehingga dapat diulang.	
Pemilihan sumber-sumber bukti	9	Sebutkan proses untuk memilih sumber bukti (yaitu, penyaringan dan kelayakan) yang termasuk dalam <i>scoping review</i> .	56
Proses pembuatan grafik data	10	Jelaskan metode pembuatan bagan data dari sumber bukti yang disertakan (misalnya, formulir yang dikalibrasi atau formulir yang telah diuji oleh tim sebelum digunakan, dan apakah pembuatan bagan data dilakukan secara mandiri atau dalam rangkap) dan proses apa pun untuk memperoleh dan mengonfirmasi data dari penyelidik.	56
Item data	11	Buat daftar dan tentukan semua variabel yang datanya dicari serta asumsi dan penyederhanaan apa pun.	56
Penilaian kritis terhadap sumber bukti individu	12	Jika dilakukan, berikan alasan untuk melakukan penilaian kritis terhadap sumber bukti yang disertakan; jelaskan metode yang digunakan dan bagaimana informasi ini digunakan dalam sintesis data (jika sesuai).	Tidak dilakukan
Sintesis hasil	13	Jelaskan metode penanganan dan ringkasan data yang dipetakan.	59-87
RESULTS			
Pemilihan sumber bukti	14	Berikan jumlah sumber bukti yang disaring, dinilai kelayakannya, dan disertakan dalam tinjauan, dengan alasan pengecualian di setiap tahap, idealnya menggunakan diagram alir.	59-60
Karakteristik sumber bukti	15	Untuk setiap sumber bukti, tunjukkan karakteristik data yang dipetakan dan berikan kutipannya.	61
Penilaian kritis dalam sumber bukti	16	Jika dilakukan, tunjukkan data penilaian kritis dari sumber bukti yang disertakan (lihat item 12).	Tidak dilakukan
Hasil sumber bukti individu	17	Untuk setiap sumber bukti yang disertakan, sajikan data relevan yang dipetakan yang terkait dengan pertanyaan dan tujuan tinjauan.	61-80
Sintesis hasil	18	Meringkas dan / atau menyajikan hasil dalam bagan bagan yang berkaitan dengan pertanyaan dan tujuan tinjauan.	79-80
DISCUSSION			
		Rangkum hasil utama (termasuk gambaran umum konsep, tema, dan jenis bukti yang	79-80

Ringkasan bukti	19	tersedia), tautkan ke pertanyaan dan tujuan tinjauan, dan pertimbangkan relevansinya dengan kelompok kunci.	
Keterbatasan	20	Diskusikan keterbatasan dalam proses penyusunan <i>scoping review</i> .	100
Kesimpulan	21	Memberikan interpretasi umum dari hasil sehubungan dengan pertanyaan dan tujuan tinjauan, serta implikasi potensial dan / atau langkah selanjutnya.	101
FUNDING			
Pendanaan	22	Jelaskan sumber pendanaan untuk sumber bukti yang disertakan, serta sumber pendanaan untuk tinjauan pelingkupan. Jelaskan peran penyandang dana tinjauan pelingkupan.	Tidak ada Pendanaan

** Dari mana sumber bukti (lihat catatan kaki kedua) dikumpulkan, seperti database bibliografi, platform media sosial, dan situs Web.

** Istilah yang lebih inklusif / heterogen yang digunakan untuk menjelaskan berbagai jenis bukti atau sumber data (misalnya, penelitian kuantitatif dan / atau kualitatif, pendapat ahli, dan dokumen kebijakan) yang mungkin memenuhi syarat dalam tinjauan cakupan dan bukan hanya penelitian. Jangan bingung dengan sumber informasi (lihat catatan kaki pertama).

** Kerangka kerja oleh Arksey dan O'Malley (6) dan Levac dan rekan (7) dan panduan JBI (4, 5) mengacu pada proses ekstraksi data dalam tinjauan cakupan sebagai bagan data.

** Proses pemeriksaan bukti penelitian secara sistematis untuk menilai validitas, hasil, dan relevansinya sebelum digunakan untuk menginformasikan keputusan. Istilah ini digunakan untuk item 12 dan 19 daripada "risiko bias" (yang lebih berlaku untuk tinjauan sistematis intervensi) untuk memasukkan dan mengakui berbagai sumber bukti yang dapat digunakan dalam tinjauan pelingkupan (misalnya, kuantitatif dan / atau penelitian kualitatif, pendapat ahli, dan dokumen kebijakan).

D. Screen Shot Test Duplikat

The screenshot shows the Mendeley Desktop interface. At the top, there is a menu bar (File, Edit, View, Tools, Help) and a toolbar with icons for Add, Folders, Related, Sync, and Help. A yellow warning banner at the top states: "Sorry, there was a problem syncing your library: Host api.mendeley.com not found".

The main area displays a library named "GABUNGAN DATA BASED" with 126 sets of duplicates found. A table lists these duplicates with columns for Authors, Title, and Confidence. The first entry is highlighted:

Authors	Title	Confidence
Aaron, Mana; Webb, Adam; L...	A Narrative Review of Strategies to Increase Patient Safety Event Reporting by Residents	<input type="checkbox"/>
Espin, Sherry; Carter, Celina; J...	Exploring Health Care Professionals' Perceptions of Incidents and Incident Rep...	<input type="checkbox"/>
Tricco, Andrea C.; Lillie, Erin; Zari...	PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation	<input type="checkbox"/>
Alqubaisi, Mai; Tonna, Antonel...	Exploring behavioural determinants relating to health professional reporting of medicat...	<input type="checkbox"/>
Kang, Hong; Gong, Yang	A Novel Schema to Enhance Data Quality of Patient Safety Event Reports	<input type="checkbox"/>
Teare, Georgia; Taks, Marijke	Extending the scoping review framework: a guide for interdisciplinary researchers	<input type="checkbox"/>
	Key conference.	<input type="checkbox"/>
Jang, Hye Jung; Choi, Young D...	Effects and satisfaction of medical device safety information reporting system using...	<input type="checkbox"/>
Blankfield, Robert P	The credibility of the FDA.	<input type="checkbox"/>
Aaronson, Emily; Loving, Brown,...	Incident Reporting in Emergency Medicine: A Thematic Analysis of Events	<input type="checkbox"/>
Velyana, Diny	Blamming Culture Dan Sanksi Kesalahan	<input type="checkbox"/>

On the right side, a "Details" panel shows the selected record's information:

- Type: Journal Article
- Title: A Narrative Review of Strategies to Increase Patient Safety Event Reporting by Residents
- Authors: M. Aaron, A. Webb, U. Luhanga
- Journal: *Journal of graduate medical education*
- Year: 2020
- Volume: 12
- Issue: 4

A yellow warning box on the right states: "Duplicates have conflicting fields. Unchecked boxes indicate fields where the duplicates conflict. Please review these fields before merging. More info..." with a "Confirm Merge" button.



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
Alamat : Kampus Padhang-padhang Kab. Majene, Sulawesi Barat
Email: kometikpenelitian.fikes@gmail.com

SURAT PENGANTAR

Nomor : 04/UN55.4/ KOM.ETIK/2022

Sehubungan dengan disetujuinya protokol penelitian yang diajukan oleh:

Tim Peneliti : Nofita Tudang Rombeallo., S.Kep., Ners
Judul Penelitian : **Identifikasi Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit: A Scoping Review**
Nama Institusi : Program Studi Magister Ilmu Keperawatan
Universitas Hasanuddin


Maka dengan ini disampaikan beberapa ketentuan sebagai berikut:

1. Memasukkan hard copy hasil penelitian tersebut yang dijilid antera biasa berwarna merah maron.
2. Memasukkan/mengirimkan soft file hasil penelitian tersebut ke email;
kometikpenelitian.fikes@gmail.com

Demikian disampaikan untuk dilaksanakan, atas kerjasamanya diucapkan terimakasih



Majene : 31 Mei 2022
Ketua Komisi Etik Penelitian


Muhammad Irwan, S.Kep.,Ns,M.Kes
Nip. 19780926 200502 1 010



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS SULAWESI BARAT
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
Alamat : Kampus Padhang-padhang Kab. Majene, Sulawesi Barat
Email: kometikpenelitian.fikes@gmail.com

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK
RECOMMENDATIONS FOR APPROVAL OF ETHICK

Nomor : 03/UN55.4/ KOM.ETIK/2022

Dalam upaya melindungi subjek penelitian kesehatan, Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sulawesi Barat telah mengkaji dengan teliti dan seksama protokol penelitian sebagai berikut :

Judul Penelitian : **Identifikasi Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit: *A Scoping Review***


Tim Peneliti : **Nofita Tudang Rombeallo., S.Kep., Ners**

Nama Institusi : Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin

Dengan ini menyatakan bahwa menyetujui protokol tersebut diatas.



Majene : 31 Mei 2022
Ketua Komisi Etik Penelitian


Muhammad Irwan, S.Kep.,Ns,M.Kes
Nip. 19780926 200502 1 010



YAYASAN NGESTI WIDHI HUSADA
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN MASYARAKAT
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KENDAL
(L P P M S T I K E S K E N D A L)

Jl. Laut No 31 Kendal telp (0294) 381343 384038 fax (0294) 381834 Kendal Jawa Tengah 51311
<http://stikeskendal.ac.id> - email: stikes_kendal@yahoo.com

Kendal, 28 Mei 2022

Nomor : 356/LPPMSTIKES/V/2022

Lampiran : -

Perihal : *Letter of Acceptance*

Yth. Sdr/i. **Nofita Tudang Rombeallo**
di Tempat

Dengan ini Kami memberitahukan bahwa manuskrip yang telah dikirimkan dengan judul:

**“Faktor Penyebab Rendahnya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit:
Literature Review”**

Penulis: **Nofita Tudang Rombeallo, Takdir Tahir, Ariyanti Saleh**

Dinyatakan **Diterima dan akan terbit** dalam Jurnal Keperawatan Volume 14 No S2 Juni 2022 yang diterbitkan oleh LPPM Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal. Perlu kami sampaikan berdasarkan SK Direktur Jendral Penguat Riset dan Pengembangan Kemenristekdikti no 148/M/KPT/2020 tanggal 3 Agustus 2020 tentang hasil akreditasi jurnal ilmiah periode II tahun 2020 bahwa Jurnal Keperawatan telah terakreditasi dari peringkat 4 menjadi peringkat 3, Sejak Volume 12 No 1 tahun 2020 hingga volume 16 nomor 1 tahun 2024.

Demikian pemberitahuan ini kami sampaikan. Atas perhatian dan kerjasamanya, kami ucapkan terimakasih

Ketua LPPM STIKES Kendal

Ns. Liyana PH, M.Kep., Sp.Kep.J
NIDN. 0612128401

LPPM Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kendal
Jln. Laut 31A Kendal 51311 Kendal
Telp.(0294) 381343 fax (0294) 381834
e-mail: lppm.stikeskendal@gmail.com