

**SKRIPSI**

**EVALUASI KINERJA KOMITE KESELAMATAN  
PASIEN DI RSUD KOTA MAKASSAR DENGAN  
PENDEKATAN *REALIST EVALUATION***

**FAIKA ANNISA  
K111 15 011**



*Skripsi ini Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh  
Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat*

**DEPARTEMEN MANAJEMEN RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2019**



## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Skripsi ini telah dipertahankan di hadapan Tim Penguji Ujian Skripsi dan disetujui untuk diperbanyak sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.

Makassar, Juli 2019

Tim Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II




Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH



Adelia U. Ady Mangilep, SKM.MARS

Mengetahui,  
Ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit  
Fakultas Kesehatan Masyarakat  
Universitas Hasanuddin



Dr. Irwandy, SKM, M.ScPH, M.Kes



## PENGESAHAN TIM PENGUJI

Skripsi ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Ujian Skripsi  
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar pada hari Rabu,  
Tanggal 17 Juli 2019.

Ketua : Prof.Dr.dr.H.M Alimin Maidin, MPH

(.....)

Sekretaris : Adelia U. Ady Mangilep, SKM.MARS

(.....)

Anggota :

1. Dr. Irwandy, SKM.,M.ScPH.,M.Kes

(.....)

2. Nur Arifah, SKM.,MA

(.....)

3. Dr. dr. Masyita Muis., MS

(.....)



## SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Faika Annisa

NIM : K11115011

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Hp : 085299165963

E-mail : faikaannisa31@gmail.com

dengan ini menyatakan bahwa judul artikel "**Evaluasi Kinerja Komite Keselamatan Pasien di RSUD Kota Makassar dengan Pendekatan *Realist Evaluation***" benar bebas dari plagiat, dan apabila pernyataan ini terbukti tidak benar maka saya bersedia menerima sanksi ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Makassar, 24 Juli 2019



Faika Annisa



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

## RINGKASAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
MANAJEMEN RUMAH SAKIT  
MAKASSAR, JULI 2019

FAIKA ANNISA

### “EVALUASI KINERJA KOMITE KESELAMATAN PASIEN DI RSUD KOTA MAKASSAR DENGAN PENDEKATAN *REALIST EVALUATION*”

Dibimbing oleh Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH dan Adelia U. Ady Mangilep, SKM., MARS

(xvi + 159 halaman + 8 tabel + 29 gambar + 8 lampiran)

Keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang mencegah terjadinya atau meminimalkan kemungkinan terjadinya insiden keselamatan pasien (IKP). Pada RSUD Kota Makassar didapatkan sebanyak IKP sejak tahun 2018 sementara standar yang telah ditetapkan oleh Kemenkes RI yaitu nol kejadian. Sehubungan dengan hal tersebut, RSUD Kota Makassar membentuk Komite Manajemen Resiko dan Keselamatan Pasien (KMKP) sesuai dengan Permenkes RI no. 11 tahun 2017. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi kinerja komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien.

Jenis penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan *realist evaluation*. Penentuan informan menggunakan metode *purposive sampling* dan diperoleh informan sebanyak sepuluh orang. Uji validasi data dilakukan dengan triangulasi sumber dan triangulasi teknik.

Hasil analisis kinerja komite keselamatan pasien (KKP) di RSUD Kota Makassar terkait *context* diketahui bahwa sumber daya manusia yang ada masih kurang terlibat dalam KKP serta *blaming culture* memberikan pengaruh dalam pelaporan insiden. Terkait *mechanism* diketahui bahwa monitoring dan evaluasi rutin masih kurang dilakukan serta sosialisasi rutin terkait IKP dan sistem pelaporan masih kurang dilakukan di setiap unit. Pada *outcome* diketahui implementasi KKP belum efektif dalam pencapaian angka standar IKP di rumah sakit karena dibentuk hanya untuk mendukung akreditasi pada saat itu dan tidak berjalan dengan baik. Peneliti ini menyarankan kepada pihak rumah sakit untuk menyediakan pelatihan terkait IKP dan sosialisasi terkait peran KKP yang perlu dilakukan secara berkala; pihak anggota KKP perlu berperan aktif dan mampu menciptakan *no blame culture* dengan memberikan bimbingan terkait pelaporan insiden di rumah sakit; serta melakukan monitoring dan evaluasi yang berkelanjutan.



Ditulis di: **Dustaka** : 35 (1997-2018)  
Tahun: **2019** : Keselamatan pasien, *realist evaluation*



## ABSTRACT

**HASANUDDIN UNIVERSITY  
PUBLIC HEALTH FACULTY  
HOSPITAL MANAGEMENT  
MAKASSAR, JULY 2019**

**FAIKA ANNISA**

**“EVALUATION OF THE PERFORMANCE OF THE PATIENT SAFETY COMMITTEE AT THE MAKASSAR CITY GENERAL HOSPITAL WITH A REALIST EVALUATION APPROACH”**

*Guided by Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH dan Adelia U. Ady Mangilep, SKM., MARS*

*(xvi + 159 pages + 8 tables + 29 figures + 8 attachments)*

*Patient safety is a system that prevents the occurrence or minimizes the possibility of incidents of patient safety. At the Makassar City General Hospital, there were 13 incidents of patient safety since 2018 while the standard set by the Indonesian Ministry of Health was zero events. In connection with this matter, Makassar City General Hospital established a Patient Safety and Risk Management Committee in accordance with the Republic of Indonesia Minister of Health Regulation no. 11 of 2017. This research aims to evaluate the performance of the patient safety committee at Makassar city general hospital in achieving the standard number of patient safety incidents.*

*The type of research used in this study is qualitative research with a realist evaluation approach. Determination of the informants using a purposive sampling method and obtained informants as many as ten people. The data validation test is done by source triangulation and technical triangulation.*

*The results of the analysis of the performance of the patient safety committee at Makassar City General Hospital regarding the context is that human resources that are still less involved in patient safety committees and blaming culture have had an effect on incident reporting. Regarding the mechanism, it is known that routine monitoring and evaluation are still lacking and routine socialization regarding incidents of patient safety and reporting systems is still lacking in each unit. In the outcome, it is known that the implementation of the patient safety committee has not been effective in achieving the standard number of incidents of patient safety in hospitals because it was formed only to support accreditation at that time and did not go well. The researcher advised the hospital to provide training related to patient safety incidents and outreach related to the role of the patient safety committee that needs to be done regularly; the patient safety committee members need to play an active role and be able to create a blame culture by providing guidance related to incident reporting in the hospital; and ongoing monitoring and evaluation.*

**ephy : 35 (1997-2018)**

**s : Patient safety, realist evaluation**



## KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Segala puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT. atas berkat Rahmat, Hikmat dan Karunia-Nya sehingga sehingga skripsi dengan judul **“Evaluasi Kinerja Komite Keselamatan Pasien di RSUD Kota Makassar dengan Pendekatan *Realist Evaluation*”** dapat diselesaikan dengan baik.

Skripsi ini merupakan salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar. Selama penyusunannya tentunya mengalami banyak hambatan dan kesulitan. Namun berkat bimbingan, bantuan, kerjasama, dan doa dari berbagai pihak akhirnya segala hambatan dan kesulitan dapat dilalui.

Dalam proses penyusunan skripsi ini tentunya tidak luput dari peran orang-orang tercinta maka pada kesempatan ini perkenankanlah saya menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada orang tua tercinta, **Ayahanda Dahlan dan Ibunda Hadriati** yang jasa-jasanya tidak terbalaskan oleh apapun, kepada saudaraku terkasih **Muh. Faturrahman Sidiq** serta keluargaku tersayang **Tante Cia, Tante Eda, Tante Tia, Kak Ana, Habib, Sasa, Sisi, dan Khalil** terima kasih telah memotivasi selama penelitian ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini tidak terlepas dari segala keterbatasan dan kendala, tetapi berkat bantuan dan dorongan dari berbagai pihak, baik moral maupun material sehingga dapat berjalan dengan baik. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penulis menyampaikan rasa terima kasih yang sebesar-besarnya serta penghargaan yang setinggi-tingginya kepada **Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH**, selaku pembimbing I dan **Adelia U. Ady Mangilep, SKM., MARS.**, selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktunya memberikan petunjuk arahan dan motivasinya.

Dengan segala hormat tidak lupa Penulis ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

Prof. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA selaku Rektor Universitas Hasanuddin.



2. Bapak Dr. Aminuddin Syam, SKM.,M.Kes.,M.Med.Ed., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin dan para Wakil Dekan serta seluruh Dosen dan Staf di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang telah banyak membantu selama proses perkuliahan dan pengurusan skripsi.
3. Ibu Dr. dr. Hj. A. Indahwaty Sidin, MHSM., selaku penasehat akademik selama menempuh kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar.
4. Bapak Dr. Irwandy, SKM.,M.ScPH.,M.Kes., selaku ketua Departemen Manajemen Rumah Sakit.
5. Bapak Dr. Irwandy, SKM.,M.ScPH.,M.Kes., selaku penguji I, Ibu Nur Arifah, SKM. MA., selaku penguji II, dan Ibu Dr. dr. Masyita Muis., MS., selaku penguji III yang telah memberikan bimbingan dan arahan selama ini demi kesempurnaan tulisan ini.
6. Seluruh Dosen Manajemen Rumah Sakit yang telah banyak memberikan ilmu yang sangat berharga kepada penulis.
7. Kepada Staf Departemen Manajemen Rumah Sakit FKM Unhas (Kak Rani, Kak Fuad, dan Ibu Ija) terima kasih atas segala bantuannya selama perkuliahan hingga akhir perkuliahan penulis sebagai mahasiswa Manajemen Rumah Sakit.
8. Direktur RSUD Kota Makassar telah memberikan izin penelitian dan membantu selama penelitian berlangsung. Serta pegawai RSUD Kota Makassar yang telah bersedia menjadi responden.
9. Seluruh teman-teman MRS 2015 terima kasih atas segala bantuan dan dukungannya.
10. Teman-teman yang selalu ada Dyah, Ica, Iin, Lispin, Titin, Halidah, Indah, Stella, Vila, Heidy, Venny, Firah, Niki, Febri, terima kasih atas dukungan dan semangat yang diberikan.

Urga besar HMSC (Hospital Management Student Community) periode 2018 dan 2018/2019. Terima kasih untuk pengalaman dan ilmu yang tak saya dapatkan selama di bangku kuliah.





12. Teman-teman PBL posko Desa Beroanging dan teman-teman KKN Desa Borikamase Kecamatan Maros Baru.
13. Teman-teman Residensi RS Dr. Tadjuddin Chalid Makassar, teman-teman sesama penelitian di RSUD Kota Makassar, serta Kak Ismi. Terima kasih atas bantuan dan semangat untuk bisa melewati ini.
14. Semua pihak yang telah memberikan bantuan kepada penulis baik berupa materi dan non materi yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu, terima kasih untuk bantuan dan dukungannya.

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

Makassar, Juli 2019

Faika Annisa



## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT.....	iv
RINGKASAN.....	v
<i>ABSTRACT</i> .....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian.....	7
D. Manfaat Penelitian.....	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Tinjauan Umum Tentang Komite Keselamatan Pasien.....	9
B. Tinjauan Umum Tentang Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Insiden Keselamatan Pasien.....	11
C. Tinjauan Umum Tentang <i>Realist Evaluation</i> .....	21
D. Matriks Penelitian Terdahulu.....	31
E. Kerangka Teori.....	41



BAB III KERANGKA KONSEP.....	42
A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti .....	42
B. Kerangka Konsep .....	45
C. Definisi Konseptual.....	46
BAB IV METODE PENELITIAN .....	49
A. Jenis Penelitian.....	49
B. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	49
C. Informan Penelitian .....	49
D. Pengumpulan Data .....	50
E. Pengolahan dan Analisis Data.....	53
F. Keabsahan Data.....	55
G. Penyajian Data.....	56
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN.....	57
A. Gambaran Umum Rumah Sakit .....	57
B. Karakteristik Informan .....	59
C. Hasil Penelitian .....	61
D. Pembahasan.....	114
BAB VI PENUTUP .....	153
A. Kesimpulan.....	153
B. Saran.....	154
DAFTAR PUSTAKA .....	157
LAMPIRAN.....	160



## DAFTAR TABEL

	halaman
Tabel 1. Faktor Keselamatan Pasien Pengembangan WHO .....	14
Tabel 2. Pendekatan Empat Tahap untuk Evaluasi Realis .....	22
Tabel 3. Matriks Penelitian Terdahulu .....	31
Tabel 4. Definisi Konseptual.....	46
Tabel 5. Pembagian Metode Pengumpulan Data Berdasarkan Variabel Penelitian.....	52
Tabel 6. Karakteristik Informan yang diwawancarai terkait Evaluasi Kinerja Komite Keselamatan Pasien di RSUD Kota Makassar dengan Pendekatan <i>Realist Evaluation</i> .....	60
Tabel 7. Sumber Daya Manusia Pada Komite Keselamatan Pasien di RSUD Kota Makassar Tahun 2019.....	65
Tabel 8. SOP terkait Insiden Keselamatan Pasien dan Sistem Pelaporannya .....	79



## DAFTAR GAMBAR

		halaman
Gambar 1.	Kerangka Teori Penelitian.....	41
Gambar 2.	Kerangka Konsep Penelitian .....	45
Gambar 3.	Struktur Organisasi KMKP RSUD Kota Makassar.....	59
Gambar 4.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang ketersediaan SDM yang berkompeten .....	64
Gambar 5.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang sikap informan terkait komite keselamatan pasien yang efektif menurunkan angka insiden keselamatan pasien .....	69
Gambar 6.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang sikap informan terkait <i>blaming culture</i> .....	73
Gambar 7.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang sikap informan terkait pemberian insentif .....	75
Gambar 8.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang ketersediaan kebijakan terkait insiden keselamatan pasien.....	77
Gambar 9.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang ketersediaan kebijakan mengenai sistem pelaporan.....	78
Gambar 10.	Formulir laporan insiden .....	80
Gambar 11.	Rekapitulasi insiden tertusuk jarum .....	80
Gambar 12.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang kebijakan mempengaruhi dalam pencapaian IKP.....	82
Gambar 13.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang ketersediaan sanksi/hukuman terkait IKP .....	84
Gambar 14.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang delegasi wewenang terhadap bawahannya terkait IKP.....	86
Gambar 15.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang pemberian penghargaan terkait pencapaian IKP .....	88
Gambar 16.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang pemberian bimbingan dan dorongan oleh KMKP terkait IKP .....	90





Gambar 17.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang pengawasan oleh KMKP terkait IKP .....	92
Gambar 18.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang umpan balik positif dari kejadian yang dilaporkan .....	95
Gambar 19.	Pertukaran informasi saat pergantian <i>shift</i> .....	97
Gambar 20.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang masalah saat operan antar unit.....	98
Gambar 21.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang bentuk kerjasama yang dilakukan KMKP dengan unit lain dalam menurunkan IKP.....	100
Gambar 22.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang pendapat informan terkait koordinasi antar rekan kerja.....	102
Gambar 23.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang latar belakang dibentuknya komite keselamatan pasien.....	103
Gambar 24.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang tujuan dari komite keselamatan pasien .....	105
Gambar 25.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang pengetahuan informan terkait program komite keselamatan pasien.....	106
Gambar 26.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang hambatan terkait insiden keselamatan pasien .....	109
Gambar 27.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang hal-hal yang mempengaruhi keberhasilan komite keselamatan pasien	111
Gambar 28.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang hal-hal yang mempengaruhi kegagalan komite keselamatan pasien ....	112
Gambar 29.	Skema hasil wawancara dengan informan tentang hal-hal yang mendukung kinerja komite keselamatan pasien berjalan dengan baik.....	114



## DAFTAR LAMPIRAN

	halaman
Lampiran 1 <i>Informed Consent</i> .....	161
Lampiran 2 Pedoman Wawancara .....	162
Lampiran 3 Pedoman Telaah Dokumen.....	169
Lampiran 4 Pedoman Observasi .....	170
Lampiran 5 Matriks Hasil Penelitian .....	171
Lampiran 6 Dokumentasi Penelitian.....	208
Lampiran 7 Surat-surat.....	210
Lampiran 8 Riwayat Hidup.....	215



## DAFTAR SINGKATAN

AHRQ	: <i>Agency for Healthcare Research and Quality</i>
CMO	: <i>Context – Mechanism - Outcome</i>
Depkes	: Departemen Kesehatan
IDO	: Instalasi Daerah Operasi
IKP	: Insiden Keselamatan Pasien
Kemenkes	: Kementrian Kesehatan
KKPRS	: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
KMKP	: Komite Manajemen Risiko dan Keselamatan Pasien
KNC	: Kejadian Nyaris Cedera
KPC	: Kejadian Potensial Cedera
KTC	: Kejadian Tidak Cedera
KTD	: Kejadian Tidak Diharapkan
NRLS	: <i>National Reporting and Learning System</i>
PERSI	: Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
PMKP	: Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien
RE	: <i>Realist Evaluation</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SDM	: Sumber Daya Manusia
SOP	: Standar Operasional Prosedur
TKPRS	: Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit
WHO	: <i>World Health Organization</i>



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Keselamatan pasien di rumah sakit merupakan salah satu sistem rumah sakit dalam membuat asuhan pasien yang lebih aman. Dalam hal ini untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Napitupulu, Sudiro, & Fatmasari, 2017). Salah satu isu global dan nasional bagi rumah sakit adalah keselamatan pasien yang menjadi prinsip dasar dari pelayanan pasien dan komponen kritis dari manajemen mutu (Wijaya, Dewi, & Dwita, 2010). Pentingnya keselamatan pasien sebagaimana telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1691 Tahun 2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit (Ferarry, Noor, & M, 2018).

Pada penelitian sebelumnya, berdasarkan analisis penerapan keselamatan pasien di RSUD Inche Abdoel Moeis (Bardan, 2017) dengan melihat faktor berupa gaya kepemimpinan, komunikasi, dan kerja tim. Dalam hal ini, pada gaya kepemimpinan berupa pengarahan diketahui adanya gap pelaporan dengan pihak manajemen, sehingga dukungan manajemen yang kurang optimal dengan tidak segera memberikan *feedback*



atas laporan insiden keselamatan pasien dan pemberian sanksi tegas bagi karyawan yang melakukan kesalahan terkait penerapan keselamatan pasien tidak pernah dilakukan. Dilihat dari komunikasi yaitu pada arti penting keselamatan pasien, pendiskusian selalu dilakukan bersama dan dicari jalan keluar dengan pihak manajemen agar tidak terjadi lagi masalah yang sama dikemudian hari. Sedangkan pada kerja tim yaitu komitmen pada tujuan, para karyawan sangat mendukung rumah sakit dalam peningkatan program penerapan keselamatan pasien yang lebih baik karena keamanan dan nyaman sarana dan prasarana yang akan digunakan oleh pasien sehingga menyebabkan penerapan keselamatan pasien belum maksimal di RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda.

Selain itu, pada penelitian determinan insiden keselamatan pasien pada tenaga kesehatan dengan persepsi kurang terhadap SOP (Standar Operasional Prosedur) cenderung untuk melakukan kesalahan yang menyebabkan insiden keselamatan pasien sebanyak 57%. Dalam hal ini sulitnya didapatkan SOP pada unit kerjanya. Sedangkan pengetahuan baik mengenai keselamatan pasien yang cenderung tidak pernah melakukan kesalahan yang menyebabkan insiden keselamatan pasien sebanyak 61% (Arfan, 2014). Pada penelitian mengenai hubungan perawat pada budaya keselamatan pasien, menunjukkan bahwa budaya keselamatan pasien kurang lebih banyak terdapat pada perawat yang memiliki sikap yang

aktif terhadap budaya keselamatan pasien (Yarnita, 2018). Sehingga etahui ketersediaan dan kualitas sumber daya manusia menjadi salah satu





faktor yang berpengaruh dalam keberhasilan penerapan keselamatan pasien dalam meminimalkan insiden.

Berdasarkan laporan insiden keselamatan pasien (IKP) di Inggris yang dilaporkan pada *National Reporting and Learning System* (NRLS) pada tahun 2015 bahwa dalam enam bulan terakhir terlapor 825.416 insiden. Laporan tersebut meningkat 6% dari insiden terlapor ditahun sebelumnya. Dari laporan tersebut, 0.22% insiden yang menyebabkan kematian, sedangkan *National Patient Safety Agency* pada tahun 2017 telah melaporkan angka kejadian IKP di Inggris pada tahun 2016 sebanyak 1.879.822 insiden (Hasrul, Syahrul, & Majid, 2018).

Menurut laporan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, di beberapa provinsi di Indonesia pada Januari 2010 sampai April 2011, insiden keselamatan pasien yang dilaporkan sebanyak 137 insiden. Provinsi Jawa Timur menempati urutan tertinggi yaitu 27% diantara sebelas provinsi lainnya (Banten 22,6%, DKI Jakarta 16,8%, Jawa Tengah 13,1%, Jawa Barat 8%, Riau 3,7%, Lampung 2,2%, Bali 1,5%, Sumatra Selatan 0,7%, Sumatra Utara 0,7%, Sulawesi Selatan 0,7%, Kalimantan Selatan 0,7%). Berdasarkan jenis kejadian, dari 137 insiden, 55,47% merupakan KTD, 40,15% KNC, dan 4,38% lainnya. 8,76% mengakibatkan kematian, 2,19% cedera *irreversible* (permanen), 21,17% cedera *reversible* (sementara), dan 19,71% cedera ringan (Amirullah, Pasinringi, & Kapalawi, 2014).



Penerapan manajemen keselamatan pasien di rumah sakit memegang peranan yang sangat penting dalam upaya mencegah atau meminimalkan

terjadinya insiden keselamatan pasien yang bersifat merugikan. Komite yang berperan dalam keselamatan pasien adalah komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau ke seluruh unit kerja di rumah sakit. Sub Komite Keselamatan Pasien merupakan salah satu sub dari komite PMKP yang berperan dalam manajemen keselamatan pasien meliputi penyusunan program dan laporan, monitoring dan evaluasi, menyusun indikator keselamatan pasien, melakukan pendokumentasian, investigasi dan analisis terkait insiden keselamatan pasien (Sulahyuningsih, Tamtomo, & Joebagio, 2017).

Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar adalah salah satu rumah sakit yang ada di Kota Makassar, Sulawesi Selatan yang merupakan pusat rujukan pintu gerbang utara Makassar dan juga merupakan rumah sakit umum yang berstatus tipe B. Penerapan keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar sudah berlangsung sejak tahun 2017 dengan membentuk Komite Keselamatan Pasien.

Adanya penerapan tersebut menjadi salah satu upaya untuk penanggulangan insiden kejadian yang mampu mengganggu keselamatan pasien. Walaupun penerapan tersebut telah berjalan, akan tetapi masih didapatkan beberapa Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dua tahun terakhir di RSUD Kota Makassar. Untuk tahun 2017 sebanyak 31 kasus dimana terdapat 14 Kejadian Tidak Cedera (KTC), 7 Kejadian Tidak Diharapkan

(KTD), 3 Kejadian Potensi Cedera (KPC), dan 7 Kejadian Nyaris Cedera (KNC). Sedangkan untuk tahun 2018, telah tercatat 13 kasus dimana



terdapat 6 KTC, 4 KNC, dan 3 KTD (RSUD Kota Makassar, 2018). Hal tersebut menunjukkan bahwa insiden yang terjadi di RSUD Kota Makassar mengalami penurunan, akan tetapi masih melebihi standar yang telah ditetapkan oleh Kepmenkes No. 129 Tahun 2008 yaitu nol kejadian.

Penelitian sebelumnya mengenai gambaran budaya keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar, didapatkan hasil 3 dari 12 dimensi yang diteliti memiliki respon negatif. Adapun dimensi yang memiliki nilai negatif tersebut, berupa frekuensi pelaporan kejadian, respon tidak menyalahkan terhadap *error*, dan *staffing* (Ferarry et al., 2018). Berdasarkan kasus dan penelitian diatas, evaluasi kinerja komite keselamatan pasien sangat diperlukan untuk mengetahui kinerja dalam pencapaian insiden keselamatan pasien. Apabila tujuan belum tercapai, letak kekurangan dan penyebabnya tentu ingin diketahui untuk mencari cara memperbaiki program atau mencari program alternatif untuk menyelesaikan masalah. Evaluasi yang mampu diterapkan dalam program ini berupa *realist evaluation*. Evaluasi ini merupakan bentuk evaluasi berbasis teori, berdasarkan pada filosofi sains realis yang membahas pertanyaan apa yang berhasil, untuk siapa, dalam keadaan apa, dan bagaimana dilakukan (Weich et al., 2018).

Pada penelitian sebelumnya yang menggunakan metode *realist evaluation* tentang evaluasi program penanggulangan infeksi pasca operasi di RSCM, diketahui program berhasil menurunkan kejadian infeksi daerah

operasi (IDO), dengan faktor penentu keberhasilan berupa penerapan *handles* IDO dalam *context*, untuk *mechanism* berupa SDM yang berperan



penting mengawal pelaksanaan program tersebut dan infrastruktur yang memadai, dan pada *outcome* berupa penurunan angka kejadian IDO pasca penerapan program serta peningkatan kepatuhan (Hakim, 2017). Secara sederhana, *Realist Evaluation* dapat menjawab evaluasi program dengan lebih mendalam. Konsep *Realist Evaluation* dikembangkan melalui konfigurasi *context*, *mechanism* dan *outcome* (C-M-O). *Context* menjelaskan tentang aspek karakteristik populasi, jenis organisasi, SDM hingga kultur. Sedangkan pada *mechanism*, aspek ini lebih memaparkan tentang proses yang muncul akibat interaksi program yang spesifik. Pada *outcome*, aspek yang dikaji yakni mengenai perubahan yang terjadi akibat interaksi antara *context* dan *mechanism* (Pawson & Tilley, 1997).

Untuk itu peneliti tertarik mengetahui kinerja komite keselamatan pasien terhadap pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien dengan melihat faktor penyebab belum tercapainya sesuai standar Kepmenkes No. 129 Tahun 2008 mengenai angka insiden 100% (nol kejadian) dengan menggunakan pendekatan *Realist Evaluation* di RSUD Kota Makassar.

## B. Rumusan Masalah

Adanya beberapa kasus insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar, perlunya diketahui bagaimana langkah-langkah program dalam penerapannya selama ini. Hal ini mengindikasikan penerapan dan pembentukan Komite Keselamatan Pasien RSUD Kota

Makassar belum optimal. Untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan



pasien maka perlu memperhatikan dari kinerja pencapaian komite keselamatan pasien yang telah dijelaskan.

Berdasarkan masalah yang telah dijelaskan diatas, maka penulis tertarik untuk meneliti mengenai evaluasi kinerja komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar dengan pendekatan *realist evaluation*. Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah penelitian ini adalah:

1. Bagaimana *context* dari kinerja komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar?
2. Bagaimana *mechanism* dari kinerja komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar?
3. Bagaimana *outcome* dari kinerja komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar?

### C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengevaluasi kinerja komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran *context* pada kinerja komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar.
- b. Untuk mengetahui gambaran *mechanism* pada kinerja komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar.
- c. Untuk mengetahui gambaran *outcome* pada kinerja komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar.





## D. Manfaat Penelitian

### 1. Manfaat Ilmiah

Memberikan kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan, terutama di bidang manajemen rumah sakit melalui pengujian teori secara empiris untuk mengetahui evaluasi kinerja komite keselamatan pasien khususnya di rumah sakit.

### 2. Manfaat Praktis

#### a. Manfaat bagi Kesehatan

Penelitian ini sebagai bahan masukan bagi seluruh petugas kesehatan khususnya petugas komite keselamatan pasien untuk meningkatkan pengetahuan tentang keselamatan pasien di rumah sakit.

#### b. Manfaat bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi RSUD Kota Makassar Provinsi Sulawesi Selatan dalam upaya untuk mengevaluasi dari kinerja komite keselamatan pasien.

### 3. Manfaat bagi Peneliti

Penelitian ini dapat digunakan sebagai sarana untuk melatih berpikir ilmiah, dengan disiplin ilmu yang diperoleh di bangku kuliah serta meningkatkan pengetahuan dan pengalaman berdasarkan fakta yang ada di lapangan.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Umum Tentang Komite Keselamatan Pasien**

Indonesia telah mendirikan KKP-RS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit) sejak tahun 2005 oleh PERSI (Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia). Tahun 2008 badan akreditasi nasional rumah sakit menjadikan keselamatan pasien sebagai standar akreditasi melalui pembentukan komite PMKP. Undang-undang nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit dan keselamatan pasien wajib dilaksanakan oleh rumah sakit, dan Permenkes nomor 1691 tahun 2011 tentang keselamatan pasien (KKPRS, 2015).

Komite yang berperan dalam keselamatan pasien adalah komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau ke seluruh unit kerja di rumah sakit. Pelaksanaan program kerja komite tidak mudah karena memerlukan koordinasi dan komunikasi yang baik antara kepala bidang/ divisi medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi, dan lainnya termasuk kepala unit/departemen/instalasi pelayanan. Sub Komite Keselamatan Pasien merupakan salah satu sub dari komite PMKP yang berperan dalam manajemen keselamatan pasien meliputi penyusunan program dan laporan, monitoring dan evaluasi, menyusun indikator keselamatan pasien, melakukan pendokumentasian, investigasi dan analisis

kait insiden keselamatan pasien. Peran dari pihak manajemen atau komite PMKP rumah sakit sangatlah penting dalam manajemen keselamatan



pasien, mengingat insiden keselamatan pasien di rumah sakit diharapkan pada nilai *zero defect* (tingkat insidensi 0%) (Sulahyuningsih et al., 2017).

Penanganan insiden di rumah sakit dilakukan melalui pembentukan tim keselamatan pasien yang ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan sebagai pelaksana kegiatan penanganan insiden. Tim keselamatan pasien melaksanakan tugas (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017):

1. Menyusun kebijakan dan pengaturan di bidang keselamatan pasien untuk ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan
2. Mengembangkan program keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan
3. Melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan
4. Melakukan pelatihan keselamatan pasien bagi fasilitas pelayanan kesehatan
5. Melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisis insiden termasuk melakukan *root cause analysis*, dan mengembangkan solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien
6. Memberikan masukan dan pertimbangan kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien

Membuat laporan kegiatan kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan



8. Mengirim laporan insiden secara kontinu melalui *e-reporting* sesuai dengan pedoman pelaporan insiden

Setiap insiden dilaporkan secara internal kepada TKPRS (Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit) dalam waktu paling lambat 2x24 jam sesuai format laporan yang ada. TKPRS melakukan analisis dan memberikan rekomendasi serta solusi atas insiden yang dilaporkan. TKPRS melaporkan hasil kegiatannya kepada rumah sakit. Rumah sakit harus melaporkan insiden, analisis, rekomendasi dan solusi Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) secara tertulis kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit melakukan pengkajian dan memberikan umpan balik (*feedback*) dan solusi atas laporan secara nasional (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2011).

#### **B. Tinjauan Umum Tentang Faktor-Faktor yang Berpengaruh Terhadap Insiden Keselamatan Pasien**

Insiden keselamatan pasien atau yang disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera dan kejadian potensial cedera. Adapun jenis-jenis insiden yang ditetapkan dalam Permenkes RI No. 11 tahun 2017 adalah sebagai berikut (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017):



Kejadian tidak diharapkan (*Adverse Event*), merupakan insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

2. Kejadian nyaris cedera (*Near Miss*), terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
3. Kejadian tidak cedera, merupakan insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera.
4. Kejadian potensial cedera, merupakan kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera tetapi belum terjadi insiden.
5. Kejadian sentinel (*Sentinel Event*), merupakan bagian dari kejadian tidak diharapkan yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

*Institute Of Medicine* melalui laporannya *To Err Is Human : Building A Safer Health System* (Bardan, 2017) menekankan bahwa yang meningkatkan pencegahan terhadap insiden adalah berupa faktor yang sistemik artinya tidak hanya berasal dari kinerja seorang perawat dokter, atau tenaga kesehatan lain. Laporan tersebut juga memberi perhatian pada faktor komunitas manusia yang terlibat pada masalah pelayanan kesehatan. Insiden keselamatan pasien dihasilkan dari interaksi atau kecenderungan dari beberapa faktor yang diperlukan kecuali beberapa faktor yang tidak sesuai. Kekurangan pada faktor-faktor tersebut terlihat pada sistem, telah lama ada sebelum terjadi suatu insiden. Yang menjadi poin penting adalah pada pemahaman bahwa ada kebutuhan untuk menyadari dan memahami fungsi dari banyaknya sistem yang masing-masing berkaitan dengan setiap

media layanan kesehatan dan bagaimana kebijakan serta tindakan yang



diambil pada suatu bagian (dalam sistem tersebut) akan berdampak pada keamanan, kualitas, dan efisiensi pada sistem bagian lainnya.

Berdasarkan penelitian Sunol et al, mengatakan bahwa struktur dan rencana untuk keselamatan (termasuk tanggung jawab mengenai manajemen keselamatan pasien) perlu dikembangkan dengan baik. Dalam studi ini sebagian besar tidak mematuhi strategi keselamatan pasien dasar misalnya, menggunakan gelang untuk identifikasi pasien dewasa dan label obat yang benar (Suñol et al., 2009). Hal ini juga menjadi salah satu faktor yang berpengaruh terjadinya insiden.

Menurut (Depkes, 2008) mengungkapkan bahwa faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien adalah faktor eksternal/luar rumah sakit, faktor organisasi dan manajemen, faktor lingkungan kerja, faktor tim, faktor petugas dan kinerja, faktor tugas, faktor pasien, dan faktor komunikasi. *Agency for Healthcare Research and Quality/AHRQ* mengatakan bahwa faktor yang dapat menimbulkan insiden keselamatan pasien adalah komunikasi, arus informasi yang tidak adekuat, masalah SDM, hal-hal yang berhubungan dengan pasien, transfer pengetahuan di rumah sakit, alur kerja, kegagalan teknis, kebijakan dan prosedur yang tidak adekuat (Bardan, 2017).

Selain itu dalam Buku *Medical Management* yang ditulis oleh Markar dan Sullivan (Bardan, 2017), *National Patient Safety Agency* menjelaskan

bahwa faktor yang berkontribusi dalam insiden keselamatan pasien terdiri dari faktor pasien, faktor individu, faktor tugas/pekerjaan, faktor



komunikasi, faktor kelompok/tim, faktor pendidikan dan pelatihan, faktor peralatan dan sumber daya, faktor kondisi kerja, dan faktor organisasi. Faktor pasien meliputi kondisi klinik, faktor sosial, faktor fisik, faktor psikologis/mental, dan hubungan interpersonal. Faktor individu meliputi keadaan fisik, psikologi, sosial, dan kepribadian. Faktor tugas meliputi pedoman/prosedur, desain pekerjaan. Faktor komunikasi meliputi komunikasi verbal, non-verbal, tertulis, dan elektronik. Faktor tim meliputi peran, kesesuaian, kepemimpinan, dukungan. Faktor pendidikan dan pelatihan yaitu kompetensi. Faktor peralatan dan sumber daya meliputi pengadaan peralatan dan penggunaan. Faktor kondisi kerja meliputi lingkungan, desain lingkungan fisik, dan beban kerja. Faktor organisasi meliputi struktur organisasi, kebijakan, dan budaya keselamatan.

#### 1. *World Health Organization*

Pada (WHO, 2009) mengembangkan 4 kategori faktor dengan 10 topik keselamatan pasien yang relevan.

Tabel 1. Faktor keselamatan pasien Pengembangan (WHO, 2009)

Kategori	Topik
Organisasi/Managerial	1. Budaya Keselamatan 2. Kepemimpinan Manager 3. Komunikasi
Kerja Tim	4. Kerja Tim-Struktur/proses (Dinamika) 5. Team <i>Leadership</i> (Supervisor)
Individual Pekerja	6. Kewaspadaan situasi 7. Pengambilan Keputusan 8. Stres 9. Kelelahan
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kemampuan Kognitif (berpikir)</li> <li>• Sumber daya manusia</li> </ul>	
Lingkungan Kerja	10. Lingkungan Kerja dan Bahaya



## 2. *Total Safety Culture*

*Total Safety Culture* (Bardan, 2017) membutuhkan perhatian khusus terhadap tiga faktor antara lain :

- a. Faktor Personal (Pengetahuan, sikap, motivasi, kompetensi, kepribadian).
- b. Faktor perilaku (Kepemimpinan, kewaspadaan situasi, komunikasi, kerja tim, stres, kelelahan, kepemimpinan tim, pengambilan keputusan).
- c. Lingkungan (perlengkapan, peralatan, mesin, kebersihan, teknik standar prosedur operasional).

## 3. O'Donell dan Richard Boyle

O'Donell dan Richard Boyle (Bardan, 2017) mengemukakan bahwa hal-hal yang berkaitan dan berpengaruh dalam suatu organisasi yang berjalan ialah

- a. Kepemimpinan
- b. *Teamwork*
- c. Keterlibatan pegawai
- d. Kebijakan
- e. Teknologi
- f. Komunikasi





Berdasarkan uraian teori setelah di kolaborasikan, maka penelitian ini akan menggunakan teori (WHO, 2009) akan mengkaji pengaruh kerja tim, pada teori *Total Safety Culture* (Bardan, 2017) yang digunakan adalah faktor personal berupa pengetahuan dan sikap pada SDM, serta untuk teori O'Donnell dan Richard Boyle (Bardan, 2017) yang dikaji adalah kepemimpinan, kebijakan, dan komunikasi.

### 1. Kepemimpinan

Ada 3 domain perilaku kepemimpinan yang mampu menjadi agen perubahan (*Change Agent*) bagi perilaku anggota dalam suatu organisasi yakni pengarahan (*direction*), pengawasan (*supervision*), serta koordinasi (*coordination*).

#### a. Pengarahan

Pengarahan mengacu kepada penugasan, perintah, kebijakan, peraturaran, standar, pendapat, saran, dan pertanyaan untuk mengarahkan perilaku bawahan. Kebijakan prosedur, standar, dan tugas menjadi alat dalam memimpin orang lain untuk menghasilkan perilaku yang diinginkan.

#### b. Supervisi

Pelayanan keperawatan dikatakan sebagai kegiatan dinamis yang bertujuan untuk meningkatkan motivasi dan kepuasan antara dua komponen yang terlibat yaitu supervisor atau pimpinan. Supervisor merupakan perilaku kepemimpinan yang berfungsi untuk memeriksa pekerjaan, mengevaluasi kerja, memeriksa



pekerjaan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih banyak banyak dukungan yang diberikan oleh pemimpin atau supervisor untuk keselamatan pasien akan meningkatkan frekuensi keterbukaan dan pelaporan atas insiden keselamatan pasien.

c. Koordinasi

Kegiatan kepemimpinan yang mencakup semua kegiatan yang memungkinkan staf untuk bekerja bersama secara harmonis. Koordinasi penting dilakukan untuk keberhasilan suatu organisasi kesehatan. Umumnya koordinasi kegiatan sfat terjadi selama pertemuan kelompok kerja utama karena beberapa anggota mengkhhususkan diri dalam tugas terkait, seperti kegiatan menyempurnakan tujuan, identifikasi masalah, dan analisis data.

2. Kebijakan

Kebijakan merupakan rangkaian konsep yang menjadi garis besar dan dasar rencana dalam pelaksanaan suatu pekerjaan dalam mencapai tujuan atau sasaran. Implementasi kebijakan pada dasarnya adalah cara agar sebuah kebijakan dapat mencapai tujuannya. Pelaksanaan kebijakan dimana berbagai aktor, organisasi, prosedur, dan teknik bekerja bersama-sama untuk menjalankan kebijakan dalam upaya untuk meraih tujuan- tujuan kebijakan atau program-program. Pelaksanaan suatu kebijakan ataupun sebuah SOP pada rumah sakit merupakan acuan untuk mencapai tujuan. Apabila dalam suatu rumah sakit dimana



terdapat macam kebijakan ataupun SOP yang menjadi acuan, tidak dipatuhi dan melanggarnya, tentunya perlu diberi suatu hukuman.

### 3. Komunikasi

Kompetensi dalam berkomunikasi menjadi suatu hal yang penting karena komunikasi efektif berhubungan dengan pengelolaan dalam penyelesaian konflik. Komunikasi efektif juga berperan dalam tersosialisasinya isu pelayananan keperawatan dan organisasi. Komunikasi memiliki dua aspek penting, yaitu sikap saat berkomunikasi dan alat untuk berkomunikasi (Bardan, 2017) juga berpendapat budaya keselamatan pasien positif meliputi komunikasi yang didasarkan pada :

- a. Kepercayaan dan transparansi
- b. Proses dan alur informasi yang baik
- c. Persepsi bersama tentang arti penting keselamatan pasien
- d. Perhatian dan pengenalan pada pentingnya kesalahan.

Elemen peningkatan komunikasi yang efektif menurut Permenkes (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017) sebagai berikut:

- 1) Perintah lengkap secara lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.
- 2) Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
- 3) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan.



- 4) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.

#### 4. Kerja Tim

Tim adalah unsur kehidupan organisasi karena suatu pekerjaan melibatkan orang-orang dengan berbagai macam keahlian untuk berkerjasama untuk satu tujuan. Kejadian tim adalah proses dinamis yang melibatkan dua atau lebih orang dalam suatu aktivitas untuk menyelesaikan suatu tujuan. Hampir semua pekerjaan rumah sakit dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu contohnya; tim ruang pembedahan, shift antar pekerja, dan unit medis dan perawatan. Faktor-faktor yang mempengaruhi proses tim:

- a. Tujuan bersama - pengertian bersama tentang tujuan dan betapa pentingnya komitmen semua anggota.
- b. Komunikasi – saluran mana yang dipilih dan bagaimana grup terhubung.
- c. Manajemen konflik - bagaimana konflik dan perbedaan pendapat diatasi. Apakah konflik tersebut mendukung atau/tidak.
- d. Pembuat keputusan – bagaimana dan oleh siapa.
- e. Evaluasi performa – bagaimana anggota dihargai, secara formal atau informal.
- f. Divisi pekerja – bagaimana pekerjaan ditugaskan.
- g. Kepemimpinan - bagaimana pemimpin dipilih dan apa fungsinya.
- h. Monitor proses – bagaimana tugas diproses dan diperiksa.



i. Bagaimana umpan baliknya.

Dirumah sakit, definisi dari tim dan kerja tim tergantung bagaimana profesi yang berbeda-beda mengatur pekerjaannya, melaporkan bahwa dokter melakukan kerja tim dengan baik jika suster juga mengantisipasi kebutuhan dokter, dan dapat mengikuti instruksi dengan baik (Bardan, 2017).

5. Pengetahuan

Pengetahuan seorang tenaga kesehatan merupakan suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Selain itu, pengetahuan seseorang dijadikan sebagai penilaian terhadap obyek tertentu. Penilaian tersebut didasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri atau yang telah ada sebelumnya. Pengetahuan dalam mengenai insiden keselamatan pasien untuk mengetahui kinerja pencapaian komite keselamatan pasien.

6. Sikap

Dalam suatu organisasi, sumber daya manusia didalamnya yang memberikan reaksi atau respon terhadap kebijakan ataupun budaya dalam organisasi tersebut. Ada sikap menerima dalam mengikuti segala aturan yang ada pada organisasi, serta sikap menghargai dalam memberikan nilai yang positif terhadap suatu objek seperti mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah. Selain itu, seseorang juga mampu bertanggung jawab dalam suatu organisasi menaati ataupun mengikuti



kebijakan dan budaya dalam suatu organisasi. Sikap seorang tenaga kesehatan dalam melaporkan insiden terkait keselamatan pasien di rumah sakit sangatlah penting karena mampu menjadi acuan dalam pencapaian kinerja SDM tersebut.

### C. Tinjauan Umum Tentang *Realist Evaluation*

Istilah “*realistic evaluation*” pertama kali diperkenalkan oleh Ray Pawson dan Nick Tilley pada tahun 1997 (Pawson & Tilley, 2004), melalui buku berjudul “*Realistic Evaluation*” sebagai jawaban terhadap keterbatasan pendekatan ilmiah yang bersifat eksperimental. *Realistic evaluation* adalah pendekatan berbasis teori dan menggunakan paham realisme dalam melihat keberhasilan atau kegagalan program.

Selain itu, juga mengenalkan konfigurasi C-M-O, yaitu *context – mechanism – outcome* berdasarkan prinsip filosofis realisme yang menganggap bahwa realitas yang sebenarnya ada di luar apa yang bisa diobservasi oleh manusia dan ada beberapa pola kejadian yang berulang untuk konteks dan setting tertentu. Sama seperti pendekatan positivisme lainnya, *realist evaluation* ini memegang prinsip objektivitas tetapi dengan lebih mendalami mekanisme yang dihasilkan oleh suatu intervensi atau program dalam konteks tertentu.

*Realist Evaluation* (RE) adalah pendekatan yang digerakkan oleh teori untuk memahami apa itu tentang program yang mencapai hasil tertentu

am satu pengaturan dan hasil yang berbeda di bagian lain. Sangat cocok untuk intervensi sosial di mana hasil ditentukan melalui aksi dan interaksi



pemangku kepentingan, yang pada gilirannya cenderung dipengaruhi oleh norma-norma sosial dan budaya. Ditopang oleh prinsip bahwa konteks (C) akan memicu mekanisme (M) untuk menghasilkan *outcome* (O), evaluasi realis melampaui memfokuskan murni pada *input* dan *output*; melibatkan mengeksplorasi dan mengidentifikasi mekanisme dimana *input* dikonversi di dalam 'kotak hitam' menjadi *output*, dan mengakui kebutuhan untuk kondisi tertentu (atau konteks) untuk hadir di dalam kotak hitam untuk mekanisme sebab-akibat yang akan dipicu dan menghasilkan hasil tertentu. Hubungan antara konteks, mekanisme, dan hasil disajikan sebagai 'konfigurasi CMO' (Ranmuthugala et al., 2011).

RE ini akan dilakukan dalam empat tahap seperti yang ditunjukkan pada tabel dibawah ini sesuai dengan empat komponen siklus evaluasi realis (teori, pembuatan hipotesis, observasi, dan spesifikasi program) seperti yang dijelaskan oleh Pawson dan Tilley.

Tabel 2. Pendekatan empat tahap untuk evaluasi realis

Tahap	Aktivitas	Analisis	Tujuan
1. Teori	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tinjauan sistematis literatur</li> <li>Wawancara semi-terstruktur dengan sumber daya manusia program</li> <li>Merumuskan konfigurasi CMO</li> </ul>	Kualitatif : <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi tema dan kategori sebagai hasil, mekanisme, dan faktor kontekstual</li> <li>Merumuskan konfigurasi CMO potensial</li> </ul>	Berikan dasar teoritis untuk evaluasi realis
2. Pembuatan hipotesis	Hasilkan hipotesis berdasarkan konfigurasi CMO	Ubah konfigurasi CMO ke dalam hipotesis	Merumuskan hipotesis yang akan diuji selama tahap ketiga
3. Observasi	Survei program	Kuantitatif : <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi konfigurasi CMO yang terjadi</li> </ul>	Uji dan terima, tolak, atau modifikasi hipotesis. Periksa struktur hubungan



		dengan keteraturan • Analisis Jaringan Sosial	profesional dan sosial serta aliran informasi dan pengetahuan di dalam program
4. Spesifikasi program	Tinjau analisis dari tahap ketiga	Perbaiki konfigurasi CMO berteori berdasarkan pengujian hipotesis	Tentukan konfigurasi CMO yang menjelaskan bagaimana, kapan dan mengapa program meningkatkan praktik perawatan kesehatan

Sumber : (Ranmuthugala et al., 2011)

Langkah-langkah yang disarankan untuk melakukan *realist evaluation* ini adalah (Pawson & Tilley, 2004):

1. Mengidentifikasi program teori. Teori program menjelaskan bagaimana elemen-elemen suatu intervensi (baik itu dalam bentuk program, strategi ataupun kebijakan) akan berkontribusi dalam menghasilkan output yang diinginkan. Teori program biasanya dituliskan dalam bentuk *input-process-output/outcome*.
2. Data yang didapatkan dari kegiatan evaluasi harus disusun dan dikategorikan sesuai dengan program teori dan tetap memegang prinsip konfigurasi C-M-O di atas. Jadi data akan berhubungan dengan apa saja yang telah dilakukan melalui program yang sedang dievaluasi (aktivitas dari intervensi/program) dalam konteks apa, mekanisme yang dihasilkan (proses), luaran/*outcome* serta orang-orang yang terlibat. Data yang dibutuhkan berupa kualitatif dan kuantitatif. Data yang berkaitan dengan *outcome* dikelompokkan menjadi beberapa sub-kategori, sesuai dengan program *theory* yang sudah dijabarkan di awal.





3. Evaluator kemudian mengidentifikasi pola *outcome* kemudian menganalisis apa saja mekanisme yang muncul sehingga *outcome-outcome* tersebut dapat dihasilkan oleh intervensi yang sedang dievaluasi. Evaluator juga perlu melihat lebih jauh, dalam konteks apa saja mekanisme ini muncul atau tidak muncul. Sehingga, dalam konteks yang berbeda, bisa saja intervensi/program ini tidak menghasilkan *output* yang diinginkan karena mekanismenya tidak muncul. Konteks disini dapat berhubungan dengan sub-grup populasi dimana intervensi diterapkan, atau pemegang kepentingan/*stakeholder* yang berbeda-beda, proses dari implementasi intervensi itu sendiri, faktor-faktor organisasi, sosio ekonomi, budaya serta kondisi politik.
4. Proses analisis dari *realist evaluation* ini kadang perlu dilakukan berulang kali dan bolak-balik, dan harus kembali ke konfigurasi C-M-O. Hasil analisis berupa pernyataan yang menjelaskan konteks-mekanisme-*outcome*.
5. Langkah terakhir dari analisis adalah menghasilkan konfigurasi C-M-O yang paling dapat menjelaskan pola-pola luaran/*outcome* program yang didapatkan dari hasil observasi. Lalu konfigurasi C-M-O ini dibandingkan dengan program *theory* awal, apakah konteks, mekanisme dan *output* yang diinginkan memang muncul di implementasi di dunia nyata. Atau apakah untuk konteks tertentu, program ini tidak berhasil memunculkan mekanisme yang dibutuhkan sehingga diperlukan perubahan di input atau proses dari implementasi. Sehingga, hasil



*realist evaluation* ini dapat digunakan untuk perbaikan program ke depannya.

*Realist evaluation* ini memiliki nilai tambah untuk menguji coba teori perubahan (*theory of change*) atau dalam proses pengembangan suatu program (juga bisa dalam bentuk proses *evaluation*). Mengukur keberhasilan suatu program yang memiliki target spesifik (misal populasi tertentu) atau menilai komponen dari suatu program yang diperkirakan (atau menurut program *theory*) bisa berhasil untuk populasi tertentu. Untuk mengetahui bagaimana suatu program dapat direplikasikan ke tempat lain (dengan lebih memahami konteks dan mekanisme dari program itu sendiri).

Sebaliknya, *realist evaluation* tidak akan terlalu membantu apabila tujuan evaluasi untuk akuntabilitas program saja, misalnya untuk seberapa besar *effect size* dari sebuah intervensi. Pasalnya *realist evaluation* akan menjelaskan lebih jauh dari sekedar apakah program tersebut berhasil atau tidak dan memberikan bagaimana program itu bekerja, untuk siapa serta melalui mekanisme apa. Realis menganggap program sebagai interaksi sosial yang agak canggih di tengah-tengah realitas sosial yang kompleks. Evaluasi realis menekankan empat konsep terkait utama untuk menjelaskan dan memahami program: 'mekanisme', 'konteks', '*outcome*', dan 'konfigurasi konteks-mekanisme-*outcome*' (Pawson & Tilley, 1997).

#### 1. *Context*

Konteks menggambarkan fitur-fitur dari kondisi dimana program diperkenalkan yang relevan dengan operasi mekanisme program.



Realisme menggunakan pemikiran kontekstual untuk mengatasi masalah 'untuk siapa' dan 'dalam situasi apa' sebuah program akan bekerja. Dalam pengertian 'konteks' terletak solusi realis untuk masalah obat mujarab. Untuk realisme, adalah aksiomatis bahwa konteks tertentu akan mendukung teori program dan beberapa tidak akan. Dan ini memberikan evaluasi realis tugas penting memilah yang satu dari yang lain.

Bergantung pada sifat intervensi, apa yang signifikan secara kontekstual mungkin tidak hanya berhubungan dengan tempat tetapi juga dengan sistem hubungan interpersonal dan sosial, dan bahkan dengan biologi, teknologi, kondisi ekonomi dan sebagainya. Ukuran standar perbedaan demografis dalam ilmu sosial, dalam hal jenis kelamin, usia, etnis, dan kelas, dalam dirinya sendiri tidak mungkin untuk menangkap apa yang penting secara kontekstual, tetapi mungkin yang terbaik adalah indikator kasar. Kondisi yang menonjol juga harus diidentifikasi sebagai bagian dari teori program. Ini umumnya mengandaikan bahwa jenis subjek tertentu memiliki peluang yang lebih baik dan pengaturan kelembagaan tertentu lebih baik dalam mengirimkan barang. Pengetahuan kontekstual sangat penting bagi pembuat kebijakan. Program terbaik adalah program yang tepat sasaran dan gagasan tentang konteks adalah hal yang sangat penting untuk mencapai tujuan itu.



## 2. *Mechanism*

Mekanisme menggambarkan apa itu tentang program dan intervensi yang membawa dampak apa pun. Konsep realis ini mencoba untuk menghentikan kebiasaan linguistik malas mendasarkan evaluasi pada pertanyaan apakah 'program bekerja'. Sebenarnya, ini bukan program yang berfungsi tetapi sumber daya yang mereka tawarkan untuk memungkinkan subjek mereka membuat mereka bekerja. Proses bagaimana subyek menafsirkan dan bertindak atas intervensi siasat dikenal sebagai 'mekanisme' program dan itu adalah poros di mana penelitian realis berputar. Evaluasi realis dimulai dengan peneliti menempatkan proses potensial yang melaluinya suatu program dapat bekerja sebagai pendahuluan untuk mengujinya.

Mekanisme lebih mengacu pada cara di mana salah satu komponen atau set mereka, atau setiap langkah atau serangkaian langkah membawa perubahan. Dengan demikian mekanisme menjelaskan logika intervensi; mereka melacak takdir teori program, mereka menunjukkan dengan tepat bagaimana sumber daya yang ditawarkan dapat menembus ke dalam penalaran mata pelajaran.

## 3. *Outcome*

Merupakan perubahan atau perbedaan yang diakibatkan oleh program. Salah satu kontribusi program terhadap situasi tertentu pada waktu tertentu. Selain itu, merupakan perbedaan kondisi sebelum dan sesudah intervensi program, dan apa yang terjadi apabila tidak ada



intervensi. Program hampir selalu diperkenalkan ke berbagai konteks, dalam arti bahwa mekanisme yang diaktifkan oleh intervensi akan bervariasi dan akan melakukannya sesuai dengan kondisi yang berbeda. Pola hasil terdiri dari konsekuensi yang diinginkan dan tidak diinginkan dari program, yang dihasilkan dari aktivasi mekanisme yang berbeda dalam konteks yang berbeda.

Realisme tidak bergantung pada ukuran hasil tunggal untuk memberikan putusan lulus/gagal pada suatu program. Juga tidak membuat perbedaan yang keras dan cepat antara *output* (target implementasi menengah) dan hasil (perubahan perilaku yang ditargetkan). Pola hasil dapat mengambil banyak bentuk dan program harus diuji terhadap berbagai ukuran keluaran dan hasil. Banyak yang harus dipelajari dengan memantau program-program di berbagai tindakan tersebut.

#### 4. Pola Konfigurasi *Context-Mechanism-Outcome*

Pada saat ini harus jelas bahwa evaluasi realistis tidak banyak digunakan untuk gagasan 'menemukan-intervensi-X-yang-menyembuhkan-masalah-Y' dalam membangun program. Semua intervensi melibatkan berbagai gangguan dari keteraturan yang sudah ada sebelumnya dalam perilaku, peristiwa atau kondisi sosial, yang mengarah pada penciptaan banyak keteraturan baru. Variasi hasil semacam itu ditemukan secara rutin dalam program-program dari semua jenis. Setiap program yang diluncurkan secara nasional akan



memiliki banyak pemenang dan pecundang dalam jumlah besar, dan perbedaan seperti itu akan terjadi di dalam dan di antara setiap uji coba program. Sifat dan sumber perbedaan internal ini adalah fokus utama perhatian dalam evaluasi realis.

Evaluasi realis adalah tentang pengujian dan penyempurnaan teori. Konfigurasi konteks-mekanisme-*outcome* (CMO) terdiri dari model yang menunjukkan bagaimana program mengaktifkan mekanisme di antara siapa dan dalam kondisi apa, untuk membawa perubahan dalam perilaku atau peristiwa atau keteraturan keadaan. Proposisi ini menyatukan variasi mekanisme dan variasi konteks yang relevan untuk memprediksi dan menjelaskan variasi pola hasil. Evaluasi realis kemudian mengembangkan dan menguji dugaan CMO secara empiris. Tanda dari evaluasi yang baik adalah bahwa ia mampu menjelaskan tanda tangan rumit dari hasil.

Karena itu, 'temuan' evaluasi realis selalu berusaha menunjukkan konfigurasi fitur yang diperlukan untuk mempertahankan suatu program. Mari kita ambil contoh perangkat yang sangat sederhana yang digunakan untuk mencoba mengurangi pencurian domestik, yaitu 'penandaan properti' (menggunakan *tag* yang tak terhapuskan dan tak tergoyahkan). Agar dapat bekerja secara optimal dan efisien, bagaimanapun, memerlukan keselarasan yang kompleks antara implementasi dan faktor kontekstual. Penandaan properti bekerja lebih baik dalam mengurangi pencurian domestik jika tingkat keseluruhan



properti yang ditandai tinggi; ketika target kejahatan terkonsentrasi dengan beberapa alternatif; dalam komunitas kecil yang terdefinisi dengan baik memberikan kondisi yang masuk akal untuk melacak harta curian; dengan publisitas persuasif yang hadir menunjukkan peningkatan risiko tertangkap; dan karenanya hanya dalam periode waktu terbatas.



## D. Matriks Penelitian Terdahulu

**Tabel 3.**  
**Matriks Penelitian Terdahulu**

No.	Peneliti (Tahun) dan Sumber	Judul Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
1	(Ferarry et al., 2018)	Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar	Penelitian kuantitatif dengan pendekatan secara <i>cross sectional</i> .	Sampel dalam penelitian ini adalah sebagian dari seluruh tenaga kesehatan di bidang pelayanan medis dan keperawatan. Metode penarikan sampel pada penelitian ini adalah <i>Proportional Random Sampling</i> sebanyak 100 sampel.	Sebagian besar dimensi budaya keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar tergolong positif dengan dimensi tertinggi terdapat pada dimensi dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien sebesar 95% dan kerjasama dalam unit sebesar 91%, sedangkan dimensi terendah terdapat pada dimensi <i>staffing</i> sebesar 19%, respon tidak menyalahkan terhadap <i>error</i> sebesar 38% dan frekuensi pelaporan kejadian sebesar 40%.
2	(Sulahuningsih et al., 2017)	<i>Analysis of Patient Safety Management in Committee for Quality Improvement and</i>	Penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan fenomenologi.	Partisipan dalam penelitian ini adalah pengurus komite PMKP, kepala ruang dan perawat/bidan	Komite PMKP dibentuk untuk mendukung akreditasi, dimana peran komite dalam manajemen keselamatan pasien merupakan kunci dalam pengelolaan program





No.	Peneliti (Tahun) dan Sumber	Judul Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
		<i>Patient Safety at Sumbawa Hospital, West Nusa Tenggara</i>		pelaksana di ruang rawat inap RSUD Sumbawa. Jumlah partisipan 9 orang yaitu 3 orang pengurus komite (ketua, sekretaris, dan sub komite keselamatan pasien), 3 orang kepala ruang (anak, penyakit dalam, dan bedah sekaligus sekretaris komite), dan 4 orang perawat/ bidan pelaksana ruang rawat inap (anak, bedah, icu/ iccu, dan kebidanan).	peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Implementasi manajemen keselamatan pasien yang belum sesuai standar dapat meningkatkan kejadian IKP. Hal ini disebabkan karena manajemen keselamatan pasien merupakan rangkaian sistem yang saling mempengaruhi yang berdampak (impact) terhadap mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
3	(Bardan, Noor, & Sangkala, 2017)	Analisis Penerapan Keselamatan Pasien di RSUD Inche Abdoel Moeis Tahun 2017	Jenis penelitian kualitatif dengan rancangan fenomenologi.	Jumlah sampel pada penelitian ini adalah sepuluh orang.	Perilaku kepemimpinan kepala ruangan adalah pengarah, dimana kepala ruangan telah mendelegasikan wewenang dengan sangat baik tetapi ada kendala dalam pelaksanaannya



No.	Peneliti (Tahun) dan Sumber	Judul Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
					<p>yang belum dilakukan secara maksimal yang disebabkan adanya gap pelaporan oleh perawat atau kepala ruangan dengan pihak manajemen. Pemberian penghargaan dan sanksi bagi perawat yang memiliki kinerja baik atau buruk tidak pernah dilakukan oleh kepala ruangan. Komunikasi yang dilakukan oleh kepala ruangan dengan perawat telah berjalan dengan baik tetapi untuk pihak manajemen tidak pernah mendapat umpan balik positif serta adanya ketidakbebasan dan terbatasnya menyatakan pendapat atau usulan kebijakan. Peningkatan program penerapan keselamatan pasien yang lebih baik mendapat dukungan yang besar dari perawat maupun kepala ruangan dan instalasi, koordinasi dan</p>



No.	Peneliti (Tahun) dan Sumber	Judul Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
					pembagian tugas telah dilaksanakan dengan baik, adil, dan merata.
4	(Wijaya et al., 2010)	Analisis Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Muhammadiyah, Bantul	Penelitian ini menggunakan pendekatan <i>mixed methods research</i> yaitu metode kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i> dan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus (case study) dengan rancangan penelitian deskriptif.	Subjek penelitiannya adalah perawat pelaksana yang berhubungan langsung dengan pasien. Sebanyak 61 orang. Pengukuran budaya keselamatan pasien menggunakan kuesioner dari AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) tahun 2004 yang berjudul HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture).	Penerapan Keselamatan Pasien di RS PKU Muhammadiyah, Bantul masuk dalam kategori cukup. Masih ditemukan gap pelaporan insiden keselamatan pasien antara tim keselamatan pasien dan real di lapangan. Serta hambatan penerapan keselamatan pasien RSUD PKU Muhammadiyah Bantul ini masih datang dari belum optimalnya dukungan manajemen, belum optimalnya kinerja tim karena beban kerja dan masih adanya <i>blaming culture</i> di unit.
5	(Syaiful et al., 2017) <a href="http://www.ijerph.in/index.php/jkm">www.ijerph.in/index.php/jkm</a>	Analisis Budaya Keselamatan Pasien dengan Pendekatan	Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan desain <i>cross</i>	Subjek dalam penelitian ini adalah Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS),	Pada penelitian ini menunjukkan rumah sakit telah merancang tim keselamatan pasien tetapi divisi kerja TKPRS masih belum



No.	Peneliti (Tahun) dan Sumber	Judul Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
		<i>Institute for Healthcare Improvement</i> Ditinjau dari Aspek Organisasi di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr. Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2016	<i>sectional study.</i>	wakil direktur pelayanan medik, Ketua komite mutu RSJD Dr. Amino Gondohutomo. Sedangkan informan triangulasi adalah Kepala ruang UPIP dan 2 perawat pelaksana di ruang UPIP RSJD Dr. Amino Gondohutomo.	terperinci. Tidak ada pendelegasian wewenang dan koordinasi belum berjalan dengan baik. Rumah sakit belum membentuk tim respons insiden keselamatan pasien. Dalam menciptakan sistem pelaporan, TKPRS telah memiliki divisi kerja, tetapi pendelegasian wewenang dan koordinasi belum berjalan dengan baik. Dalam membangun budaya keselamatan pasien, fokus mempelajari sistem kesalahan, tidak memberikan hukuman dan hadiah bagi reporter, tindak lanjut dan analisis laporan insiden keselamatan pasien telah berjalan, tetapi masih belum optimal.
	Gregts et al.,	<i>Process evaluation of the effects of patient safety auditing in hospital care</i>	Penelitian ini menggunakan <i>mix method</i> , berupa survei, wawancara,	Sampel diambil pada delapan departemen dari pusat medis universitas di Belanda.	Para responden memiliki pengalaman audit positif, dengan pengecualian jumlah pekerjaan persiapan oleh departemen. Lima belas bulan setelah kunjungan



No.	Peneliti (Tahun) dan Sumber	Judul Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
	<a href="https://academic.oup.com">https://academic.oup.com</a>		dan analisis kuantitatif-kualitatif dari dokumen audit.		audit, 21% tindakan peningkatan yang dimaksud berdasarkan hasil audit benar-benar dilaksanakan. Faktor-faktor yang menghambat implementasi adalah waktu pelaksanaan yang singkat: 9 bulan (kisaran 5–11 bulan) daripada waktu pelaksanaan direncanakan 15 bulan; pelaksanaan tindakan perbaikan yang memakan waktu dan kerja intensif; dan dukungan organisasi yang terbatas untuk peningkatan kualitas (misalnya kapasitas staf tidak mencukupi dan waktu, tidak ada peningkatan kualitas data dan dukungan teknologi informasi dan komunikasi (TIK)). Selain itu, Analisis yang dibangun dengan baik dan umpan balik dari masalah keselamatan pasien tidak cukup untuk mengurangi terjadinya hasil keselamatan pasien yang buruk. Tanpa fokus dan dukungan dalam pelaksanaan



No.	Peneliti (Tahun) dan Sumber	Judul Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
					tindakan peningkatan berbasis audit, peningkatan kualitas oleh audit keselamatan pasien akan tetap terbatas.
7	(Suñol et al., 2009) <a href="http://qualitysafety.bmj.com">http://qualitysafety.bmj.com</a>	<i>Implementation of patient safety strategies in European hospitals</i>	Penelitian observasional dengan menggunakan <i>survey cross sectional</i> . Pengumpulan data menggunakan kuesioner berbasis web.	Sampel diambil dari 89 rumah sakit dari 8 negara di Uni Eropa.	Struktur dan rencana untuk keselamatan (termasuk tanggung jawab mengenai manajemen keselamatan pasien) dikembangkan dengan baik di sebagian besar rumah sakit yang berpartisipasi dalam penelitian ini. Studi ini menemukan variasi yang lebih besar mengenai pelaksanaan mekanisme atau kegiatan untuk meningkatkan keselamatan pasien, seperti sistem resep obat elektronik, pedoman untuk pencegahan pasien yang salah, situs yang salah dan prosedur bedah yang salah, dan sistem pelaporan kejadian buruk. Dalam sampel rumah sakit yang menjalani audit, sebagian besar tidak mematuhi strategi keselamatan pasien dasar — misalnya, menggunakan gelang



No.	Peneliti (Tahun) dan Sumber	Judul Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
8	(Cross & Cheyne, 2018)  <a href="https://doi.org/10.1007/s10389-017-0882-4">https://doi.org/10.1007/s10389-017-0882-4</a>	<i>Strength-based approaches: a realist evaluation of implementation in maternity services in Scotland</i>	Jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus realis evaluasi dan informasi. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam	Informan dari penelitian ini adalah pembuat kebijakan, bidan, penasihat perlindungan anak, asisten perawatan, dokter kandungan, serta wanita yang mengakses layanan bersalin. Ada 56 informan secara total.	untuk identifikasi pasien dewasa dan label obat yang benar.  Bidan melaporkan mengadopsi pendekatan yang lebih terbuka untuk mengangkat isu-isu sensitif dengan perempuan, banyak bidan yang tidak terbiasa dengan pendekatan berbasis kekuatan dan tidak memanfaatkannya, berbeda dengan persepsi diantara para manajer bahwa pelatihan dan implementasi adalah hal yang biasa dilakukan. Selain itu, penerapan pendekatan berbasis kekuatan dalam layanan universal membutuhkan perhatian lebih lanjut untuk pelatihan dan menanamkan perubahan budaya pada pelayanan bersalin di Skotlandia. Dalam <i>context</i> , implementasi pendekatan berbasis kekuatan sebagai bidan. Untuk mekanismenya, membangun hubungan, mendorong motivasi, saling menentukan, adalah tugas yang kompleks yang tidak dapat



No.	Peneliti (Tahun) dan Sumber	Judul Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
					diajarkan secara preskriptif pada bidan.
9	(Ranmuthugala et al., 2011) <a href="http://www.implementationscience.com/content/6/1/49">http://www.implementationscience.com/content/6/1/49</a>	<i>A Realist Evaluation of The Role of Communities of Practice in Changing Healthcare Practice</i>	Penelitian kualitatif dengan pendekatan <i>realist evaluation</i> . Dilakukan dalam empat tahap, dimulai dari teori, hipotesis, observasi, dan spesifikasi program)	Sampel dalam penelitian ini adalah fasilitator dan anggota-anggota masing-masing CoP (Communities of Practice)	Pada CoP ini digunakan untuk meningkatkan praktik perawatan kesehatan. Dalam konteksnya, berupa pengaturan dimana CoP beroperasi, mekanismenya yang menjadi faktor dan sumber daya yang ditawarkan masyarakat untuk mempengaruhi perubahan perilaku atau tindakan, sedangkan <i>outcomenya</i> yaitu perubahan perilaku atau praktik kerja yang terjadi sebagai akibat dari sumber daya yang disediakan oleh CoP.
10	(Hakim, 2017)	Evaluasi Program Penanggulangan Kejadian Luar Biasa Infeksi Daerah Operasi Pasca SC di Departemen Obsgin RSCM	Penelitian ini menggunakan metode <i>realist evaluation</i> dengan menggabungkan antara penelitian kualitatif dan kuantitatif dengan <i>design case study</i> , yang bertujuan untuk	Subjek dalam penelitian ini adalah IPCN, IPCN <i>Link</i> , Kepala Departemen, Kepala ruangan, DPJP, dan PPDS.	Program penanggulangan Kejadian Luar Biasa IDO pasca operasi seksio cesaria di Departemen Obsgin pada tahun 2014 setelah dievaluasi menggunakan metode <i>realist evaluation</i> dinyatakan berhasil. <i>Context</i> pada penelitian ini adalah program penanggulangan kejadian IDO dengan penerapan

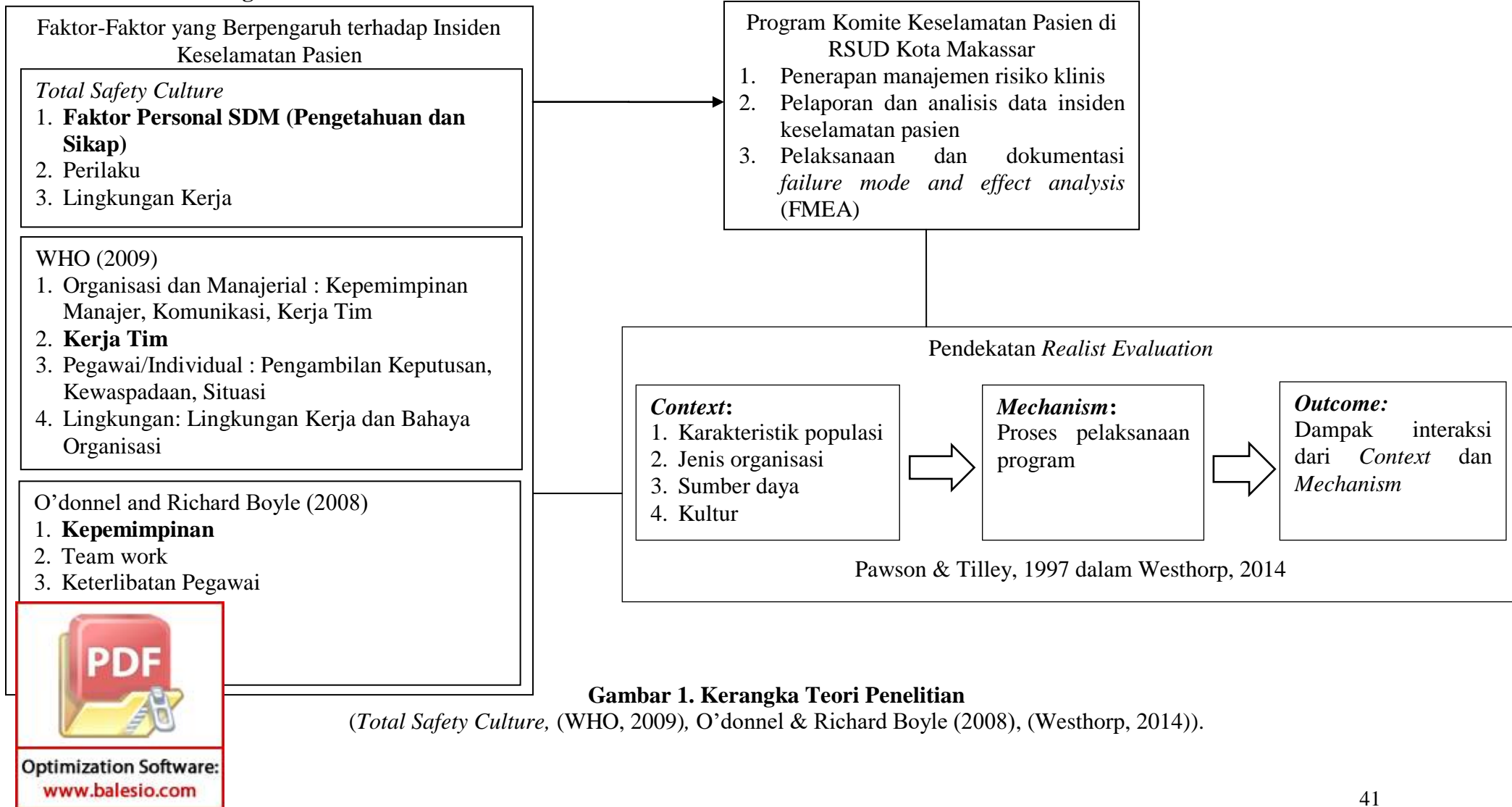




No.	Peneliti (Tahun) dan Sumber	Judul Jurnal	Desain Penelitian	Sampel	Temuan
			mencari jawaban bagaimana, mengapa suatu program dapat berhasil atau tidak.		<i>Bundles</i> IDO. Pada <i>mechanism</i> , IPCN berperan penting dalam mengawal pelaksanaan <i>Bundles</i> IDO dengan mensupervisi penerapan <i>checklist</i> IDO. Selain itu perbaikan infrastruktur ruang OK juga mempunyai andil dalam penurunan kejadian IDO. Sedangkan untuk <i>outcome</i> terjadi penurunan angka kejadian IDO pasca penerapan program dan peningkatan kepatuhan terhadap penerapan <i>Bundles</i> IDO.



### E. Kerangka Teori



**Gambar 1. Kerangka Teori Penelitian**

(*Total Safety Culture*, (WHO, 2009), O'donnel & Richard Boyle (2008), (Westhorp, 2014)).

### BAB III KERANGKA KONSEP

#### A. Dasar Pemikiran Variabel yang Diteliti

Keselamatan pasien di rumah sakit merupakan bagian yang penting dalam menunjang dan meningkatkan kualitas mutu pelayanan dan citra dari suatu rumah sakit. Pentingnya keselamatan pasien sebagaimana telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1691 Tahun 2011 tentang keselamatan pasien rumah sakit. Selain itu, untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit, maka keselamatan pasien juga dijadikan sebagai salah satu indikator dalam penentuan akreditasi rumah sakit.

Peningkatan layanan kinerja yang berkaitan dengan keselamatan pasien juga mendapat perhatian yang cukup besar di RSUD Kota Makassar. Hal tersebut terlihat dengan dibentuknya Komite Manajemen Risiko dan Keselamatan Pasien (KMKP). Dengan adanya hal tersebut, evaluasi dilihat dari kinerja pada sub komite keselamatan pasien dalam hal pencapaian insiden keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar. Pencapaian tersebut akan meningkatkan kualitas layanan dan akhirnya berpengaruh pada kinerja rumah sakit. Sehingga, perlunya dilakukan evaluasi terhadap kinerja komite

keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar dengan menggunakan pendekatan *realist evaluation*.



*Realist evaluation* ini menjelaskan mengenai asumsi yang mendasari suatu program ataupun bagian dari program tersebut yang dapat berfungsi. Pendekatan *realist evaluation*, menggunakan konfigurasi *context-mechanism-outcome*. Penelitian ini menggunakan teori faktor-faktor yang berpengaruh dalam insiden keselamatan pasien yang menggabungkan dari teori WHO (2009), *Total Safety Culture*, O'donnel & Richard Boyle (2008) serta teori Pawson & Tilley (1997) dalam hal pendekatan *realist evaluation*.

Berdasarkan kerangka teori yang telah disebutkan di atas, variabel-variabel yang diambil merupakan variabel yang dianggap penting, sesuai, dan dapat dilakukan dalam proses penelitian ini. Variabel-variabel yang akan diteliti merupakan variabel yang berasal dari unsur *context*, *mechanism* dan menghasilkan *outcome*. Hal ini dikarenakan penelitian ini menggunakan pendekatan *realist evaluation*.

Dalam penelitian ini, pada unsur *context* merupakan gambaran aspek karakteristik populasi, jenis organisasi, SDM hingga kultur pada Komite Keselamatan Pasien di RSUD Kota Makassar. Sehingga variabel yang akan diambil adalah sumber daya manusia dan kebijakan. Variabel-variabel tersebut diambil karena merupakan hal terpenting dalam suatu organisasi dan kemungkinan besar menjadi salah satu aspek yang berpengaruh dalam kinerja pada komite keselamatan pasien.

Pada unsur *mechanism* merupakan proses yang muncul akibat interaksi program yang spesifik pada Komite Keselamatan Pasien di RSUD Kota



Makassar dan variabel yang akan diteliti yaitu kepemimpinan, kerja tim, dan komunikasi. Variabel tersebut dijadikan sebagai variabel penelitian karena kemungkinan besar memberikan pengaruh terhadap insiden keselamatan pasien dan sebagai bagian proses yang muncul pada komite keselamatan pasien. Selain itu, variabel-variabel tersebut memungkinkan untuk diteliti di rumah sakit.

Adapun pada unsur *outcome* merupakan perubahan yang terjadi akibat interaksi antara *context* dan *mechanism*. *Outcome* pada penelitian ini adalah kinerja komite keselamatan pasien. Dalam hal ini, penurunan insiden keselamatan pasien, tetapi belum memenuhi standar untuk angka insiden keselamatan pasien. Sehingga ingin diketahui faktor-faktor penyebab belum memenuhi standarnya untuk angka insiden keselamatan pasien sesuai Kepmenkes No. 129 tahun 2008 dilihat dari kinerja komite tersebut. Melalui pendekatan *realist evaluation*, penelitian dimulai dari *outcome* yang didapatkan. Selain itu, dari setiap unsur tersebut akan didapatkan variabel-variabel yang menjadi faktor-faktor yang menghasilkan *outcome* tersebut.



## B. Kerangka Konsep

Dari penjelasan di atas, maka didapatkan kerangka konsep yang tergambar seperti gambar di bawah ini berdasarkan pendekatan *Realist Evaluation*.



**Gambar 2. Kerangka Konsep Penelitian**



### C. Definisi Konseptual

**Tabel 4.**  
**Definisi Konseptual**

No	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Instrumen	Hasil Ukur
<i>CONTEXT</i>					
1.	Sumber Daya Manusia	Segala sesuatu terkait kuantitas dan kualitas SDM sesuai dengan pekerjaan yang diisyaratkan oleh kebijakan yang telah ditetapkan serta yang menjadi bagian dari komite keselamatan pasien terkait insiden keselamatan pasien dalam hal pengetahuan dan sikap.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Wawancara mendalam</li> <li>b. Telaah dokumen</li> <li>c. Observasi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pedoman wawancara</li> <li>b. Literatur/dokumen terkait</li> <li>c. Lembar <i>check list</i> observasi</li> </ul>	<p>Gambaran kesesuaian kuantitas dan kualitas SDM di RSUD Kota Makassar yang meliputi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pengetahuan: setiap jenis insiden yang dikelompokkan dalam KTD, KNC, dan KS di RSUD Kota Makassar yang diketahui oleh SDM.</li> <li>b. Sikap: ketersediaan form dan pelaporan kejadian insiden keselamatan pasien serta tindakan dalam menurunkan insiden di RSUD Kota Makassar.</li> </ul>



2.	Kebijakan	Aturan yang berlaku di RSUD Kota Makassar yang menjadi acuan untuk menciptakan keadaan yang lebih aman serta mencegah suatu insiden yang membahayakan di rumah sakit.	a. Wawancara mendalam b. Telaah dokumen c. Observasi	a. Pedoman wawancara b. Literatur/dokumen terkait c. Lembar <i>check list</i> observasi	SOP yang diterapkan di RSUD Kota Makassar mengenai insiden keselamatan pasien serta tindakan pemberian sanksi/hukuman mengenai SOP yang diterapkan.
<b>MECHANISM</b>					
3.	Kepemimpinan	Model ataupun gaya seorang pemimpin yang mampu menjadi agen perubahan bagi perilaku anggota dalam suatu organisasi yakni pengarahan ( <i>direction</i> ), pengawasaan ( <i>supervision</i> ), serta koordinasi ( <i>coordination</i> ).	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	Gambaran kepemimpinan bagian komite keselamatan pasien, kepala ruangan di RSUD Kota Makassar dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien.
4.	Komunikasi	Suatu kegiatan dalam interaksi yang melibatkan perilaku dan memungkinkan individu untuk berhubungan dengan orang lain. Komunikasi antara kepala ruangan atau dengan bawahannya yaitu perawat	a. Wawancara mendalam b. Telaah dokumen c. Observasi	a. Pedoman wawancara b. Literatur/dokumen terkait c. Lembar <i>check list</i> observasi	Gambaran kegiatan proses pemberian pelayanan, komite keselamatan pasien dalam berkegiatan, serta pihak yang terlibat pada proses pemberian pelayanan di RSUD Kota Makassar.





		maupun antara komite keselamatan pasien.			
5.	Kerja Tim	Segala bentuk yang mempengaruhi proses kerjasama antar individu dalam suatu tim untuk menangani pasien di RSUD Kota Makassar. Hampir semua pekerjaan rumah sakit dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu contohnya: KKP, adanya shift antar pekerja, dan unit medis dan perawatan.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	Gambaran kesesuaian kualitas kerja tim di RSUD Kota Makassar yang meliputi komitmen pada tujuan, komunikasi ide dan gagasan, serta efektivitas interpersonal.
<b><i>OUTCOME</i></b>					
6.	Kinerja Komite Keselamatan Pasien	Segala hal dalam pencapaian terkait insiden keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar.	Wawancara mendalam	Pedoman wawancara	Gambaran terkait upaya komite keselamatan pasien dalam menurunkan insiden keselamatan pasien dan faktor yang mempengaruhi insiden di RSUD Kota Makassar.



## **BAB IV**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Jenis Penelitian**

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan *realist evaluation* yaitu pendekatan berbasis teori dan menggunakan paham realisme dalam melihat keberhasilan atau kegagalan program. Pendekatan kualitatif bertujuan untuk mengevaluasi dari kinerja komite keselamatan pasien.

#### **B. Lokasi dan Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar. Adapun penelitian ini dimulai pada bulan April hingga Mei 2019.

#### **C. Informan Penelitian**

Informan merupakan orang yang benar – benar mengetahui permasalahan yang akan diteliti. Informan dalam penelitian ini ditetapkan dengan prinsip kesesuaian (*appropriateness*) dan kecukupan (*adequacy*). Kesesuaian berarti subjek dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki yang berkaitan dengan pencapaian insiden keselamatan pasien pada kinerja komite keselamatan pasien. Kecukupan berarti data yang diperoleh harus dapat menggambarkan seluruh kejadian yang berhubungan dengan kinerja komite keselamatan pasien.

Untuk mendapat informan yang sesuai dalam penelitian kualitatif dilakukan dengan cara *purposive sampling* yaitu teknik pengambilan



sampel dengan pertimbangan orang tersebut yang dianggap paling tahu dan dapat memberikan informasi yang diperlukan peneliti (Martha & Kresno, 2016). Berdasarkan prinsip kesesuaian dan kecukupan dalam penelitian kualitatif maka informan dalam penelitian ini antara lain kepala bidang pelayanan medik, ketua Komite Manajemen Risiko dan Keselamatan Pasien (KMKP), ketua sub komite keselamatan pasien, wakil ketua sub komite keselamatan pasien, anggota-anggota sub komite keselamatan pasien, kepala ruangan perawatan interna, kepala ruangan perawatan bedah, dan kepala instalasi rawat jalan.

Informan diatas dipilih berdasarkan pengetahuan yang dimiliki terkait seluruh kegiatan dalam kinerja komite keselamatan pasien. Informan yang dipilih juga terlibat langsung dalam proses pemberian pelayanan kesehatan, dapat dipercaya untuk menjadi sumber data yang baik serta mampu mengemukakan pendapat dengan benar.

#### **D. Pengumpulan Data**

##### **1. Sumber Data**

Sumber data yang digunakan dalam penelitian ini terbagi menjadi dua, yaitu data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh dari hasil wawancara terhadap beberapa informan serta yang dikumpulkan dari observasi langsung oleh peneliti di lapangan (Hasan, 2002).

Sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh oleh orang yang melakukan penelitian dari sumber-sumber yang telah ada



seperti data yang bersumber dari rumah sakit yang memiliki kaitan erat dengan penelitian yang dilakukan (Hasan, 2002).

## 2. Instrumen Penelitian

Sesuai dengan karakteristik dari penelitian kualitatif, instrumen utama penelitian adalah penulis itu sendiri. Namun, penelitian ini juga menggunakan instrumen bantu berupa pedoman wawancara mendalam, pedoman observasi, alat dokumentasi (alat perekam dan kamera) serta catatan di lapangan. Untuk pengumpulan data pada tiap variabel dapat dilihat pada tabel dibawah ini:



**Tabel 5.**  
**Pembagian Metode Pengumpulan Data Berdasarkan Variabel Penelitian**

No.	Variabel	Metode Pengumpulan Data			Sasaran Informasi
		Wawancara Mendalam	Telaah Dokumen	Observasi	
1.	Sumber Daya Manusia	X	X	X	KMKP, sub komite keselamatan pasien, kepala ruangan, dan kepala instalasi rawat jalan
2.	Kebijakan	X	X	X	Sub komite keselamatan pasien, kepala ruangan, dan kepala instalasi rawat jalan
3.	Kepemimpinan	X			Kepala bidang pelayanan medik, KMKP, sub komite keselamatan pasien, kepala ruangan, dan kepala instalasi rawat jalan
4.	Komunikasi	X		X	Sub komite keselamatan pasien, kepala ruangan, dan kepala instalasi rawat jalan
5.	Kerja Tim	X			Sub komite keselamatan pasien, kepala ruangan, dan kepala instalasi rawat jalan
6.	Kinerja Komite Keselamatan Pasien	X			KMKP, sub komite keselamatan pasien, kepala ruangan, dan kepala instalasi rawat jalan



## E. Pengolahan dan Analisis Data

Data yang telah dikumpulkan, kemudian dilakukan proses pengolahan data dengan beberapa tahapan, seperti dibawah ini:

1. Mengumpulkan data-data yang penting, melengkapi dengan catatan observasi dan membuat transkrip dari rekaman penelitian.
2. Memahami data dengan mendengarkan rekaman, membaca transkrip, dan membaca catatan pengamatan selama wawancara serta cacatan kesimpulan.
3. Catat ide-ide, gagasan yang timbul selama mempelajari data untuk dapat digunakan sebagai dasar untuk pengkategorian
4. Kalimat deskriptif yang telah ditulis selanjutnya diatur, dengan menandai dan menyusun pernyataan-pernyataan.
5. Mereduksi data yang dilakukan dengan membandingkan dan menyamakan data serta memotong dan menggabungkan beberapa pernyataan menjadi satu.
6. Kemampuan analisis peneliti untuk melihat hubungan antar pernyataan dan hubungan data-data secara keseluruhan.

Data yang telah diolah akan menghasilkan informasi. Informasi dari hasil wawancara mendalam, observasi dan data sekunder selanjutnya akan dianalisis. Penulis akan melakukan analisis secara deskriptif dengan membandingkan seluruh unsur *context*, *mechanism*, dan unsur *outcome* dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien dengan *literature* yang digunakan penulis sebagai acuan sehingga



ditemukan hasil perbandingan yang juga merupakan pembahasan dari hasil penelitian.

Teknik analisis data dalam penelitian ini mengikuti petunjuk Miles dan Huberman dalam Maleong, 2007 yang melalui tiga alur sebagai berikut:

1. Reduksi data

Mereduksi data berarti merangkum, memilih hal-hal yang pokok, dan memfokuskan pada hal-hal yang penting. Dengan demikian data yang telah direduksi akan memberi gambaran yang lebih jelas, dan mempermudah peneliti untuk melakukan pengumpulan data selanjutnya, dan mencarinya bila diperlukan.

2. Penyajian data

Setelah data direduksi, maka langkah selanjutnya adalah menyajikan data. Dalam penelitian kualitatif, penyajian data bisa dilakukan dalam bentuk uraian singkat, tabel, bagan, hubungan antar kategori, *flowchart*, dan sejenisnya. Yang paling sering digunakan untuk menyajikan data dalam penelitian kualitatif adalah dengan teks yang bersifat naratif. Dengan menyajikan data, maka akan memudahkan untuk memahami apa yang terjadi, merencanakan kerja selanjutnya berdasarkan apa yang telah dipahami tersebut.



### 3. Penarikan kesimpulan dan verifikasi

Langkah ketiga dalam analisis data kualitatif adalah penarikan kesimpulan dan verifikasi. Kesimpulan dalam penelitian adalah merupakan temuan yang baru yang sebelumnya pernah ada. Temuan dapat berupa deskripsi atau gambaran suatu obyek yang sebelumnya masih remang-remang atau gelap sehingga setelah diteliti menjadi jelas, dapat berupa hubungan kasual atau interaktif, hipotesis atau teori.

## F. Keabsahan Data

Untuk melakukan uji validasi data dilakukan dengan triangulasi. Triangulasi adalah teknik pemeriksaan keabsahan data yang memanfaatkan sesuatu yang lain diluar data itu untuk keperluan pengecekan atau sebagai pembanding terhadap data tersebut (Maleong, 2007). Adapun triangulasi yang dilakukan, yaitu :

### 1. Triangulasi Sumber

Triangulasi sumber berarti mendapatkan data dari sumber yang berbeda-beda dengan teknik yang sama. Triangulasi sumber dilakukan peneliti dengan cara membandingkan hasil wawancara dengan menanyakan pertanyaan yang sama kepada beberapa informan yang berbeda. Triangulasi sumber didapat dari informan yang berbeda jabatannya namun masih dalam serangkaian tugas





pokok dan fungsi dalam pemberian pelayanan kesehatan dan pencapaian kinerja komite keselamatan pasien di rumah sakit.

## 2. Triangulasi Teknik

Triangulasi teknik berarti peneliti menggunakan teknik pengumpulan data yang berbeda-beda untuk mendapatkan data dari sumber yang sama. Triangulasi teknik dilakukan peneliti dengan cara membandingkan hasil wawancara dengan observasi. Triangulasi teknik dalam penelitian ini adalah melalui wawancara dan telaah dokumen.

## G. Penyajian Data

Penyajian data dari hasil wawancara mendalam, observasi dan telaah dokumen disajikan dalam bentuk narasi. Selain itu, untuk beberapa data hasil telaah dokumen disajikan dalam bentuk tabular dan gambar, misalnya tabel sehingga memudahkan penulis dalam menginterpretasikan dan menggambarkan evaluasi kinerja komite keselamatan pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar.



## **BAB V**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Umum Rumah Sakit**

##### **1. Sejarah Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar**

Rumah Sakit Umum Kota Makassar semula ada puskesmas yang berdiri pada tahun 1975 dengan nama Puskesmas Perawatan Daya. Pada tahun 1978–2002 Puskesmas Perawatan Daya meningkat menjadi Puskesmas Plus Daya. Pada Tahun 2002 berdasarkan terbitnya Surat Izin Rumah Sakit dari Dirjen Yanmedik Nomor: HK.01.021.2.4474 Tanggal 28 Oktober 2002, SK Walikota Makassar Nomor: 50 pada Tanggal 6 November 2002 dan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 967/Menkes/SK/X/2008, maka dengan resmi statusnya berubah menjadi Rumah Sakit tipe C dengan nama Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar.

Struktur dan organisasi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar dibentuk berdasarkan SK Walikota No. 5 Tahun 2007 Tentang Struktur Organisasi Dan Tata Kerja RSUD Kota Makassar dan Peraturan Walikota Makassar Nomor: 54 tahun 2009 tentang Uraian tugas jabatan struktural RSUD kota Makassar. Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar juga merupakan Pusat Rujukan Pintu Gerbang Utara Makassar sesuai dengan Keputusan Gubernur Propinsi Sulawesi Selatan berdasarkan SK Gubernur Nomor 13 tahun 2008. Dengan terbitnya Sertifikat Penetapan Kelas Rumah



Sakit Umum Tipe B Keputusan Menteri Kesehatan Nomor: HK.03.05/I/1043/12, tanggal 20 Juni 2012, RSUD Kota Makassar resmi menjadi Rumah Sakit Tipe B.

## 2. Visi RSUD Kota Makassar

Visi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar yaitu “Rumah sakit dengan pelayanan yang Aman dan Nyaman Menuju Standar Kota Dunia”.

## 3. Misi RSUD Kota Makassar

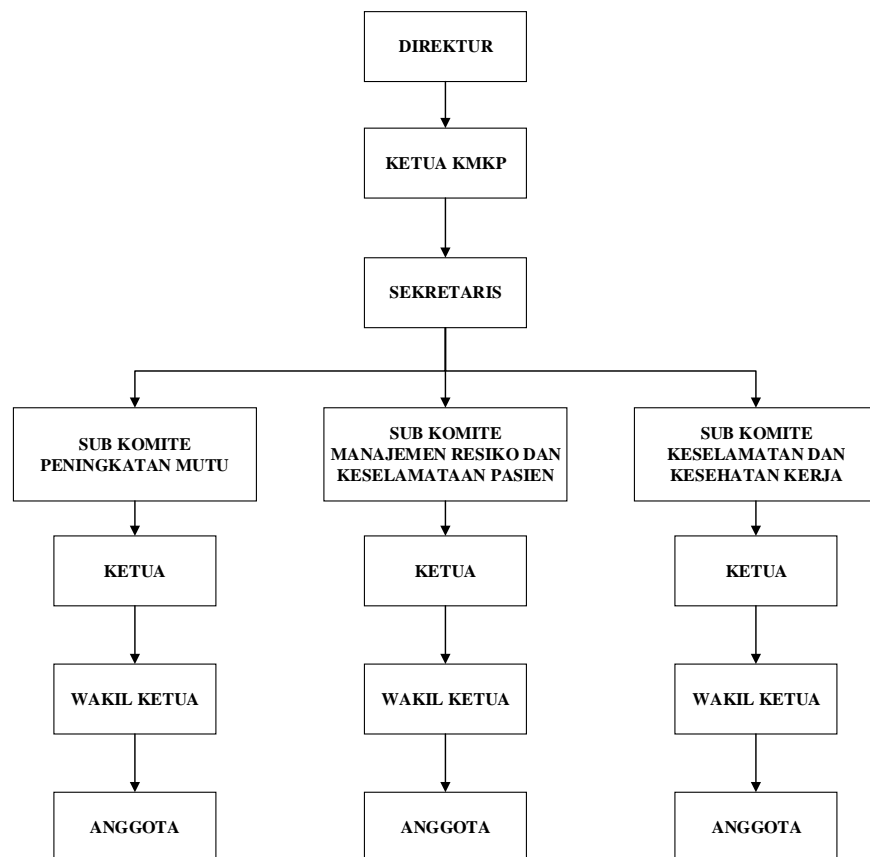
Misi Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar adalah sebagai berikut:

- a. Mendukung visi dan misi pemerintah kota dalam pelayanan kesehatan masyarakat
- b. Meningkatkan kompetensi SDM di seluruh lini pelayanan
- c. Melengkapi peralatan medis dan non medis dengan teknologi kedokteran mutakhir
- d. Mengadakan dan mengembangkan sistem informasi manajemen rumah sakit
- e. Memberikan pelayanan kesehatan sesuai standar akreditasi
- f. Mengembangkan sarana dan prasarana rumah sakit yang lebih modern
- g. Meningkatkan kesejahteraan seluruh karyawan rumah sakit.



#### 4. Gambaran Komite Keselamatan Pasien RSUD Kota Makassar

Komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar berada dibawah naungan Komite Manajemen Resiko dan Keselamatan Pasien (KMKP) yang berdasarkan Keputusan Direktur RSUD Kota Makassar Nomor: 6690/RSUD-MKS/XI/2017 tentang pembentukan komite mutu dan keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar. Adapun struktur organisasi KMKP yaitu:



**Gambar 3. Struktur Organisasi KMKP RSUD Kota Makassar**

#### B. Karakteristik Informan

Komite keselamatan pasien yang merupakan bagian dari Komite Manajemen Resiko dan Keselamatan Pasien (KMKP) yang menjadi



objek penelitian. Informan dipilih secara *purposive sampling* dengan menyesuaikan pada tujuan penelitian informan dalam penelitian ini adalah petugas yang ada di komite keselamatan pasien dan *stakeholder* RSUD Kota Makassar. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan *Realist Evaluation* yang dimaksudkan untuk mengetahui faktor penyebab pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien dilihat dari kinerja komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar.

Dalam penelitian ini dipilih 10 informan yang dianggap mengetahui dan menguasai terkait program komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar. Adapun untuk lebih jelasnya karakteristik informan dapat dilihat pada tabel berikut:

**Tabel 6.**  
**Karakteristik Informan yang diwawancarai terkait Evaluasi Kinerja Komite Keselamatan Pasien di RSUD Kota Makassar dengan Pendekatan *Realist Evaluation***

No.	Inisial Informan	Umur (Tahun)	Jenis Kelamin	
			Laki-Laki	Perempuan
1.	I1	42		√
2.	I2	45		√
3.	I3	46		√
4.	I4	40	√	
5.	I5	41	√	
6.	I6	37		√
7.	I7	37		√
8.	I8	40		√
9.	I9	39		√
10.	I10	50		√

Sumber: Data Primer, 2019



Berdasarkan data di atas, informan terbanyak berada di atas umur 40 tahun sebanyak 7 orang dan selebihnya berada di bawah umur 40 tahun sebanyak 3 orang.

### C. Hasil Penelitian

Pada tahun 2017 Komite Keselamatan Pasien telah dibentuk dan berada di bawah naungan Komite Manajemen Resiko dan Keselamatan Pasien (KMKP). Berdasarkan data insiden keselamatan pasien, data dari tahun 2017 sampai 2018 mengalami penurunan, akan tetapi belum memenuhi angka standar pencapaian insiden keselamatan pasien yaitu nol kejadian. Peneliti melakukan penelitian ini untuk mengetahui faktor penyebab pencapaian insiden keselamatan pasien dilihat dari kinerja komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar.

Penelitian ini menggunakan metode *realist evaluation* melalui pencarian dan pengidentifikasian bagaimana kinerja komite keselamatan pasien dengan melakukan wawancara terhadap petugas yang ada di komite keselamatan pasien dan *stakeholder* di RSUD Kota Makassar. Untuk mencapai tujuan penelitian yaitu mendapatkan informasi mengenai evaluasi kinerja komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar dengan pendekatan *realist evaluation*, maka peneliti menggunakan modifikasi teori Pawson & Tilley, 1997; *Total Safety Culture*; WHO, 2009; O'donnel & Richard Boyle (2008). Teori ini menyatakan bahwa dengan pendekatan *realist evaluation* dapat diketahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap insiden keselamatan



pasien. Dalam hasil penelitian ini akan dibahas evaluasi kinerja komite keselamatan pasien dengan pendekatan *realist evaluation* dari unsur *context* hingga unsur *outcome*, sehingga mampu menjawab tujuan penelitian. Hasilnya peneliti menggambarkan C-M-O sebagai berikut:

## 1. *Context*

### a. Sumber Daya Manusia

Sumber daya manusia yang dimaksud dalam penelitian ini adalah segala sesuatu terkait kuantitas dan kualitas SDM sesuai dengan pekerjaan yang diisyaratkan oleh kebijakan yang telah ditetapkan serta yang menjadi bagian dari komite keselamatan pasien terkait insiden keselamatan pasien dalam hal pengetahuan dan sikap.

#### 1) Ketersediaan SDM yang berkompeten

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait ketersediaan SDM yang berkompeten dalam menunjang keberhasilan pencapaian insiden keselamatan pasien di rumah sakit, beberapa informan menyatakan bahwa belum terlalu berkompeten dalam menunjang keberhasilan pencapaian insiden. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Belum terlalu, karena kita kan disitu merangkap toh, terus kita tidak benar-benar dibekali oleh pelatihan atau workshop yang memadai untuk itu. Walaupun mungkin kita pernah tersentuh tetapi tidak benar-benar disiapkan untuk itu”.* (Informan 4, 40 tahun)

*“Terus terang saja, kalau soal keselamatan pasien belum saya cerna, itu kan hal lama tapi baru kontak*



*sama kami-kami setahun terakhir, jadi baru saya pelajari. Semua masih dalam tahap baru, jadi belum terorganisir dengan baik, masih cari referensi bagaimana cara menjalankan komite keselamatan pasien supaya bisa betul-betul tepat sasaran. Jadi SDMnya mungkin masih kurang termasuk orang-orang yang didalamnya sudah ada yang tau, tapi tidak semuanya.” (Informan 7, 37 tahun)*

Namun, adapula informan yang menyatakan bahwa SDM yang tersedia sudah berkompeten dalam menunjang keberhasilan pencapaian insiden. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

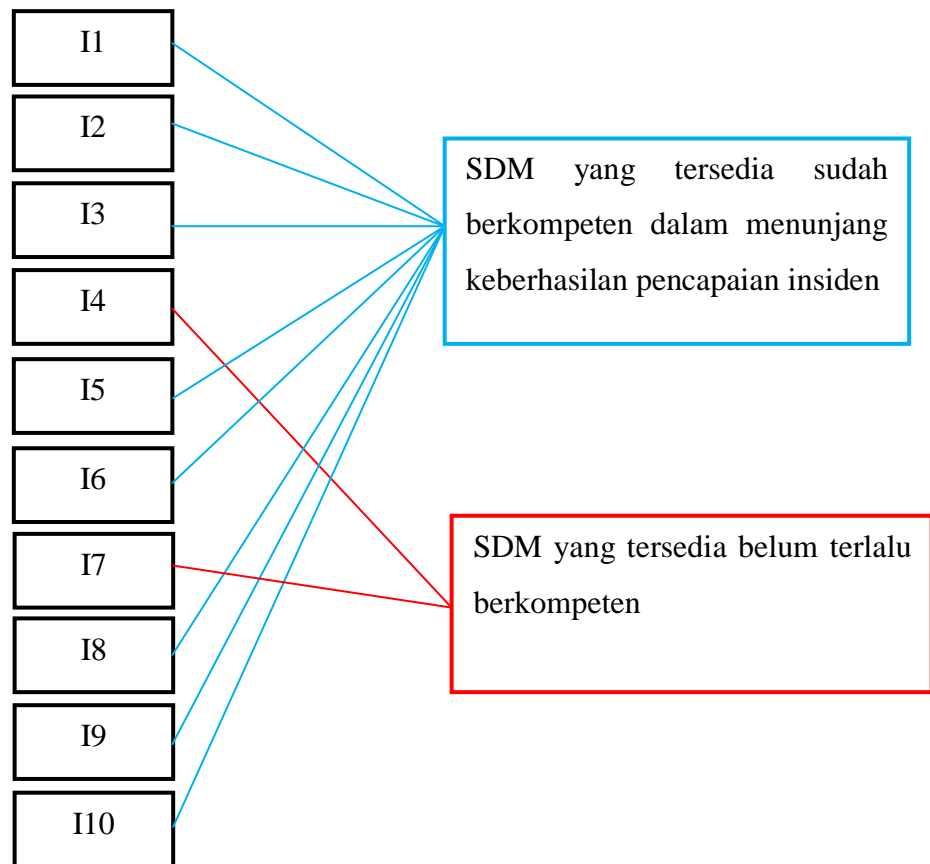
*“Iyalah tawwa pastimi, karena dia dipilih tawwa sesuai kompetensinya.” (Informan 6, 37 tahun)*

*“Iya berkompeten karena berpendidikan yang baikmi rata-rata semua disini.” (Informan 8, 40 tahun)*

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:







**Gambar 4. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Ketersediaan SDM yang Berkompeten**

Dari skema di atas dapat diketahui bahwa sebanyak 8 informan menyatakan SDM yang tersedia sudah berkompeten dalam menunjang keberhasilan pencapaian insiden. Namun ada 2 informan menyatakan bahwa SDM yang tersedia belum terlalu berkompeten karena tidak dibekali pelatihan atau workshop yang memadai di RSUD Kota Makassar.

Selain melakukan wawancara di atas, peneliti melakukan telaah dokumen berupa data SDM yang ada di komite keselamatan pasien. Berikut data SDM pada komite keselamatan pasien.



**Tabel 7.**  
**Sumber Daya Manusia Pada Komite Keselamatan Pasien**  
**di RSUD Kota Makassar Tahun 2019**

No.	Nama	Jabatan
1.	dr. Sri Wahyuni, Sp.S.	Ketua
2.	Jukas Mirnoto, S.Kep., Ns.	Wakil Ketua
3.	H. Ambo Intang, S.Si., Apt.	Anggota
4.	Sakiah Anggeriani, SKM., M.Kes	Anggota
5.	Sukmah, S.Kep., Ns.	Anggota
6.	Marlina, S.Kep., Ns.	Anggota
7.	Halwatiah, AMK	Anggota
8.	Reni Rahmayanti, S.Kep., Ns.	Anggota
9.	Hj. Nurhaedah, S.ST	Anggota
10.	Nurhayati, Amd.Keb	Anggota
11.	Akmal, S.Kep., Ns.	Anggota
12.	Virna Irmayanti, S.Kep., Ns.	Anggota
13.	Ika Kartika, S.Kep	Anggota
14.	Surianti, Amd.Keb	Anggota
15.	Rani Muliawaty Zari, Amd.Keb	Anggota
16.	Ani Zainuddin, S.Kep., Ns.	Anggota

*Sumber: Data Sekunder RSUD Kota Makassar, 2019*

Berdasarkan triangulasi yang dilakukan terkait ketersediaan SDM, diketahui bahwa SDM yang tersedia telah berkompeten, walaupun masih kurang berpartisipasi dalam komite keselamatan pasien.

## 2) Riwayat Pelatihan SDM

Berdasarkan wawancara yang dilakukan, diketahui bahwa beberapa informan pernah mendapatkan pelatihan terkait keselamatan pasien. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

“...ituji pernah pelatihan in house training, orang dipanggil kesini untuk pelatihan.” (Informan 2, 45 tahun)



*“Yang dulu itu waktu akreditasi, semacam in house training.”* (Informan 10, 50 tahun)

Namun, adapula informan yang menyatakan bahwa belum pernah mengikuti pelatihan terkait keselamatan pasien.

Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Kalau saya ikuti belum pernah.”* (Informan 5, 41 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara terkait riwayat pelatihan SDM, diketahui bahwa yang menyatakan pernah mengikuti pelatihan *in house training* sebanyak 6 informan, untuk yang menyatakan ikut pelatihan lain sebanyak 2 orang, sedangkan informan yang belum pernah mengikuti pelatihan terkait keselamatan pasien yaitu 1 informan. Adapun pelatihan yang diikuti hanya pada saat akreditasi. Terkait triangulasi yang dilakukan berupa telaah dokumen, didapatkan data pelatihan *in house training* pada saat akreditasi. Sehingga, disimpulkan bahwa telah didapatkan pelatihan terkait keselamatan pasien, tetapi hanya pada saat akreditasi.

### 3) Pengetahuan informan terkait insiden keselamatan pasien

Berdasarkan wawancara yang dilakukan, diketahui bahwa beberapa informan mengetahui tentang insiden keselamatan pasien. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Insiden keselamatan pasien itu banyak hal, termasuk resiko KTD, KPC, sentinel, dll lah. Jadi kalau ada resiko-resiko begitu yah pasti ada pelaporannya,*



*terus kemudian ada analisisnya dari komite terus kemudian RCA.” (Informan 4, 40 tahun)*

*“Tentu kejadian-kejadian yang kita tidak inginkan, yang kita harus minimalisir atau kalau bisa tidak ada angka kejadiannya, misalnya kalau di penunjang itu biasanya di pelayanan kefarmasian misalnya kesalahan pemberian obat...” (Informan 5, 41 tahun)*

*“...insidennya itu KPC, KNC, seperti itu. Kalau yang disini itu kesalahan obat, pasien jatuh, salah injeksi.” (Informan 8, 40 tahun)*

Berdasarkan hasil wawancara terkait pengetahuan informan tentang insiden keselamatan pasien, diketahui bahwa sebagian besar informan mengetahui insiden-insiden keselamatan pasien terutama yang pernah terjadi di RSUD Kota Makassar.

- 4) Sikap informan terkait komite keselamatan pasien yang efektif dalam menurunkan angka insiden keselamatan pasien

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait sikap informan mengenai keselamatan pasien yang efektif dalam menurunkan angka insiden keselamatan pasien, beberapa informan menyatakan bahwa belum efektif dalam pencapaian insiden keselamatan pasien. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Belum efektif karena belum terlalu berjalan ini.” (Informan 3, 46 tahun)*

*“Harusnya sih efektif, cuman sejauh ini belumpi ada penelitian kecil-kecilan dibikin di rumah sakit kami untuk membuktikan itu...” (Informan 4, 40 tahun)*



*“Tidak, orang-orangnya saja saya tidak tahu, tapi tidak tahu kalau diruangan lain.”* (Informan 9, 39 tahun)

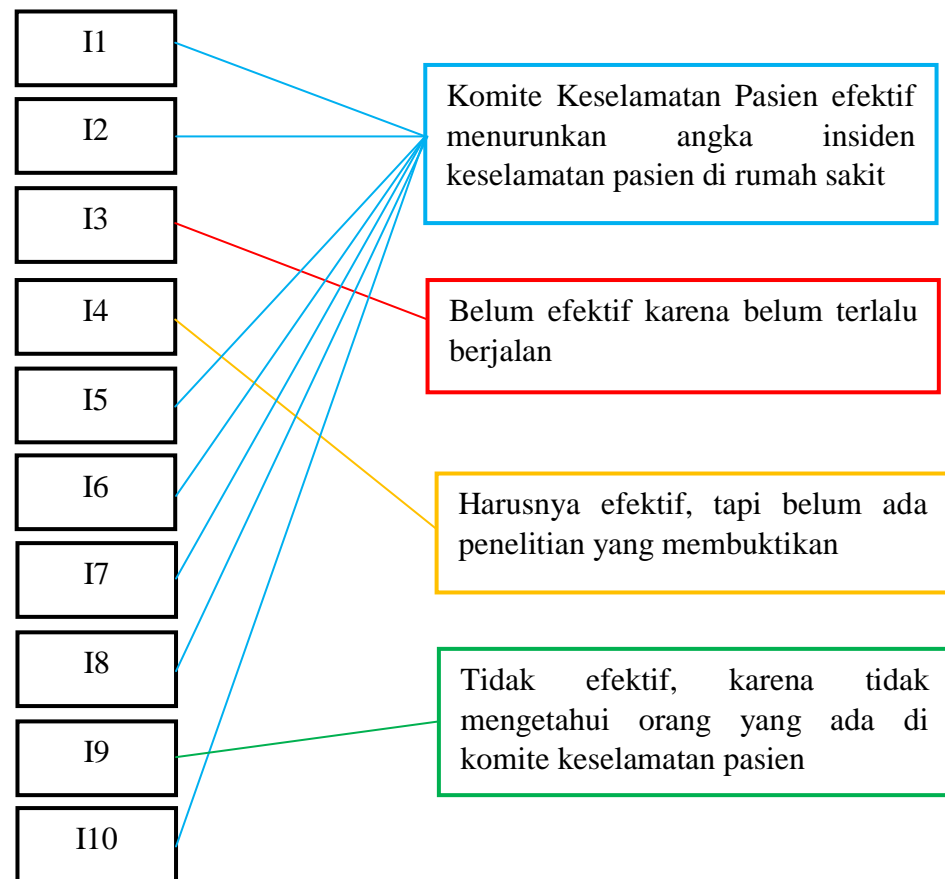
Namun, adapula informan yang menyatakan bahwa komite keselamatan pasien efektif dalam menurunkan angka insiden keselamatan pasien. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Iya, saya tidak bisa bayangkan kalau tidak ada ini yang selalu memonitor... Dengan adanya ini, kita yakin tujuannya untuk menurunkan angka kejadian yang tidak diinginkan di rumah sakit.”* (Informan 5, 41 tahun)

*“Oh iya lah pastinya efektif, karena untuk data-data keselamatan pasien ada dari komite itu. Jadi untuk menurunkan atau apapun itu harus melihat data dari merekalah. Karena kalau tidak ada data itu, kita tidak bisa melakukan tindakan apa yang harus kita lakukan untuk menurunkan insiden keselamatan pasien.”* (Informan 6, 37 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:





**Gambar 5. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Sikap Informan terkait Komite Keselamatan Pasien yang Efektif Menurunkan Angka Insiden Keselamatan Pasien**

Dari skema di atas dapat diketahui bahwa sebanyak 7 informan menyatakan komite keselamatan pasien efektif dalam menurunkan angka insiden keselamatan pasien, 1 informan menyatakan komite keselamatan pasien belum efektif menurunkan angka insiden keselamatan pasien karena belum terlalu berjalan, 1 informan menyatakan komite keselamatan pasien harusnya efektif menurunkan, akan tetapi belum ada penelitian yang membuktikan. Selain itu, ada 1 informan yang menyatakan komite keselamatan pasien tidak efektif menurunkan angka insiden keselamatan pasien, karena

informan tersebut belum mengetahui orang yang ada didalamnya.

Berdasarkan hal tersebut, disimpulkan bahwa komite keselamatan pasien belum efektif menurunkan angka insiden, karena dari hasil observasi diketahui anggota KKP belum berjalan sesuai tupoksinya (telaah dokumen berupa SK), sehingga belum berperan dalam menurunkan insiden keselamatan pasien.

#### 5) Sikap informan terkait adanya komite keselamatan pasien

Berdasarkan wawancara yang dilakukan, sebagian besar informan menyatakan bahwa komite keselamatan pasien belum berjalan dengan baik. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Kalau untuk saya, lebih bagus kalau turun lagi ke ruangan bikin penyuluhan lagi.....bisa review-review lagi kembali, seperti itu.”* (Informan 8, 40 tahun)

*“Tidak jalanki komite keselamatan pasien disini.”* (Informan 9, 39 tahun)

*“Bagus sekali itu KKP dan itu memang harus ada, tapi sampai saat ini yang mengerti masalah tersebut masih terbatas. Yang pertama pelatihan juga masih kurang, cuman orang-orang tertentu. Yang kedua sosialisasikan juga secara umum, terus disampaikan itu pada saat orang mau akreditasi, jadi lupaji lagi.”* (Informan 10, 50 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara terkait sikap informan dengan adanya komite keselamatan pasien, sebagian besar informan menyatakan bahwa seharusnya komite keselamatan



pasien melakukan kembali sosialisasi secara rutin ke setiap unit untuk melakukan *review* agar tidak lupa kembali, sehingga komite keselamatan pasien dapat berjalan dengan baik.

- 6) Sikap informan dalam memberikan dukungan untuk menurunkan angka insiden keselamatan pasien

Berdasarkan hasil wawancara mendalam terhadap sikap informan terhadap dukungan dalam menurunkan insiden, semua informan sangat mendukung dalam menurunkan angka insiden keselamatan pasien di rumah sakit. Adapun dari hasil wawancara bentuk dukungan yang diberikan informan dalam menurunkan angka insiden keselamatan pasien ialah sebagai berikut:

*“Kalau saya lebih banyak iniji motivasi unit supaya tidak takut melaporkan hal-hal begitu kan, karena masalah yang paling besarnya kan takutnya orang melaporkan insiden keselamatan pasien ada blaming culture.”* (Informan 4, 40 tahun)

*“Kita perkuat di standar operasional dan prosedurnya toh. Jadi misalnya dikasih lembar checklist, bahwa paling tidak kalau kami diserahkan obat ini harus checklist...Nah itu contohnya yang kita minta ke farmasi perkuat sistem, yah dengan SOP yang ketat, dengan toolsnya apa, tentu ada checklist, supaya apa yang kita mau pastikan ada langsung. Checklist dan SOP.”* (Informan 5, 41 tahun)

*“Pertama kita harus tau dulu apa-apa yang bisa menyebabkan terjadinya kecelekaan pada pasien, bikin datanya, laporkan pada komite, beri sosialisasi ke teman-teman, dan bikin evaluasinya untuk cari penanggulangannya toh.”* (Informan 7, 37 tahun)





Berdasarkan hasil wawancara terkait sikap informan dalam memberikan dukungan untuk menurunkan angka insiden keselamatan pasien bahwa sebagian besar informan mendukung sesuai peran dari unitnya masing-masing.

#### 7) Sikap informan terkait *blaming culture*

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait sikap informan mengenai *blaming culture*, menyatakan bahwa masih ada yang takut untuk melapor karena takut disalahkan.

Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“...kita sudah terapkan disini bahwa melapor sebanyak-banyaknya, tapi begitumi masih adaji yang takut juga.”* (Informan 2, 45 tahun)

*“...masih ada seperti itu, tapi dibilangi lapor saja kalau ada kejadian, tidak usah takut.”* (Informan 3, 46 tahun)

*“Itu persepsi yang salah...Karena kita sebenarnya selalu edukasi seperti itu, ini juga tidak ada hubungannya dengan citra...Saya kira tinggal mungkin ada yang masih belum secara pribadi, tapi secara umum kita selaluji wanti-wanti bahwa memunculkan angka kejadian itu, bukan sesuatu yang akan mendapatkan hukuman atau bukan membuat citra kita tidak baik...”* (Informan 5, 41 tahun)

*“Begitumi disini dek, makanya orang takut melapor karena dikembalikan ke dia kesalahannya.”* (Informan 9, 39 tahun)

Namun, adapula informan yang menyatakan bahwa informan tidak takut melapor. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

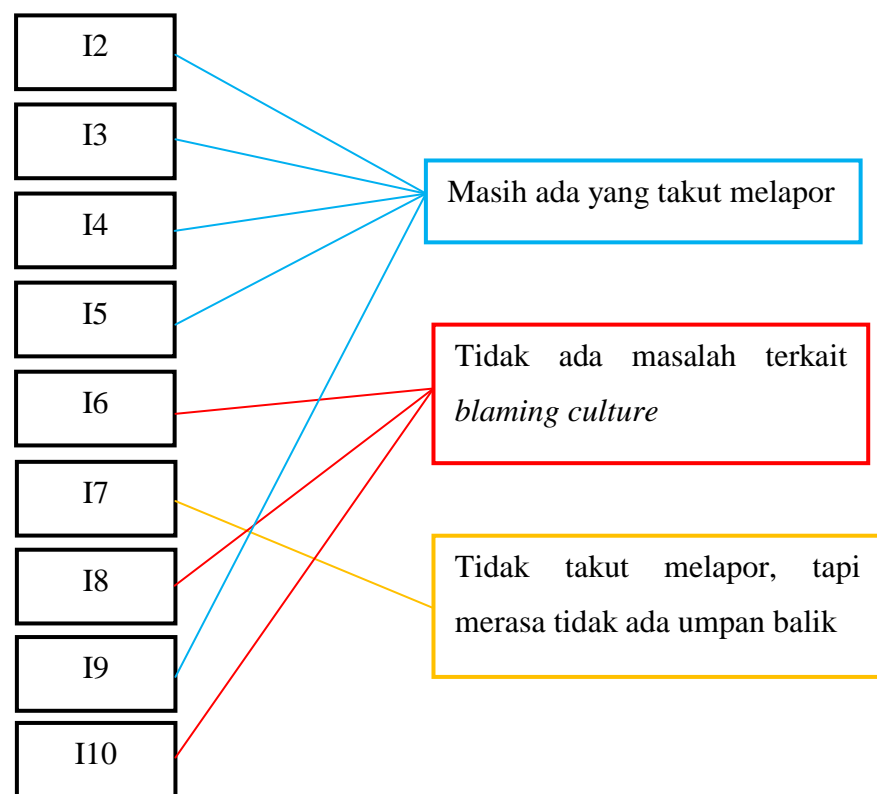


“Masih belum terkontrol. Bukan takut untuk melapor, tidak ditauki mau melapor dimana dan merasa kalau melapor, eh apasih gunanya melapor, tidak adaji umpan baliknya...” (Informan 7, 37 tahun)

“Disini tidak adaji kasus seperti itu, makanya tidak masalahji. Karena kesalahan lebih banyak dari unit luar.” (Informan 8, 40 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema

sebagai berikut



**Gambar 6. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Sikap Informan terkait *Blaming Culture***

Dari skema di atas dapat diketahui bahwa sebanyak 5 informan menyatakan masih ada yang takut melapor karena takut disalahkan, padahal telah diberi edukasi untuk melapor jika ada kejadian. Selain itu, sebanyak 3 informan menyatakan tidak ada masalah terkait *blaming culture* yang



ada di unit mereka dan ada 1 informan menyatakan tidak takut melapor, akan tetapi informan merasa tidak ada umpan balik yang diberikan. Berdasarkan hal tersebut, disimpulkan bahwa masih terjadi *blaming culture* yang menimbulkan rasa takut untuk melaporkan pada saat terjadi insiden di RSUD Kota Makassar.

#### 8) Sikap informan terkait pemberian insentif

Berdasarkan hasil wawancara, sebagian besar informan menyatakan setuju dengan pemberian insentif terkait pelaporan insiden. Hal tersebut terungkap oleh hasil wawancara berikut:

*“Ya berhasil kalau ada insentif. Karena kan mereka kan harus disupport seperti itu, bahwa siapa yang paling banyak melapor kita kasih dia bonus, jadi dia rajin melapor.”* (Informan 2, 45 tahun)

*“Iya mungkin juga dengan adanya itu lebih bisaki terkontrol dengan baik.”* (Informan 7, 37 tahun)

Namun, adapula informan yang menyatakan tidak setuju karena bukan hal yang utama. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

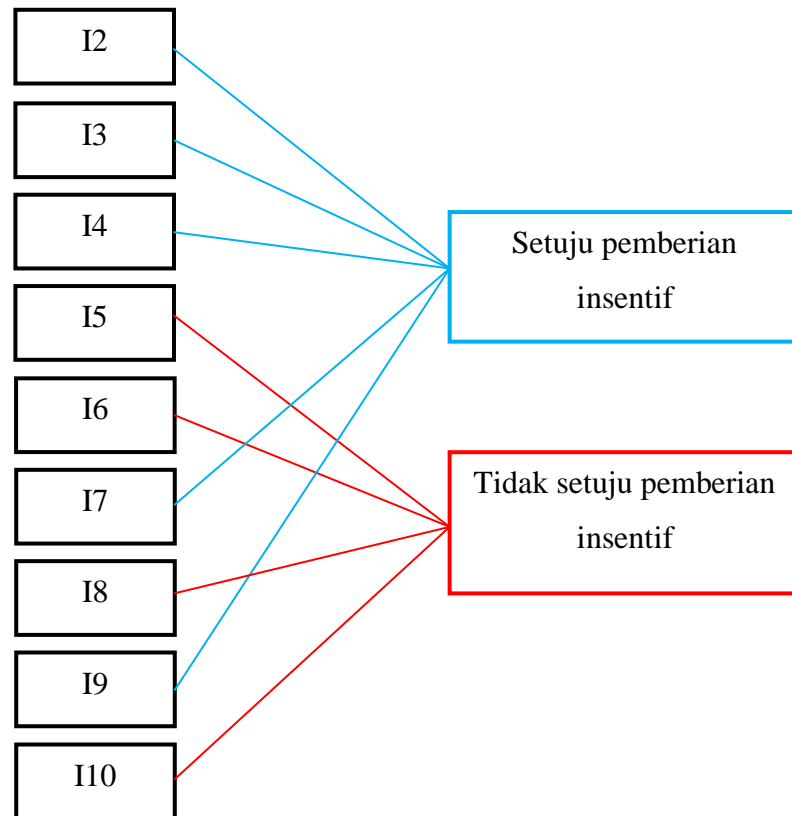
*“Saya kira tidak tongji, jauhji korelasinya itu toh... Bukanji yang menjadi utama itu.”* (Informan 5, 41 tahun)

*“Kalau itu mungkin persoalan nomor duaji, bukanji yang utama. Karena disini juga tidak adaji masalah dengan pelaporan.”* (Informan 8, 40 tahun)



Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema

sebagai berikut:



**Gambar 7. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Sikap Informan terkait Pemberian Insentif**

Dari skema di atas dapat diketahui bahwa sebanyak 5 informan menyatakan setuju dalam pemberian insentif sebagai bentuk motivasi. Namun, sebanyak 4 informan menyatakan tidak setuju dalam pemberian insentif, karena menurut informan insentif bukanlah hal yang utama dalam pelaksanaan tetapi dari segi komitmen atau kesadaran dari pelaksana. Sedangkan hasil observasi dan telaah dokumen, tidak didapatkan program ataupun aturan terkait pemberian insentif. Berdasarkan hal tersebut, disimpulkan bahwa belum



adanya pemberian insentif terkait insiden keselamatan pasien, sehingga kurang memotivasi karyawan.

**b. Kebijakan**

Kebijakan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah aturan yang berlaku di RSUD Kota Makassar yang menjadi acuan untuk menciptakan keadaan yang lebih aman serta mencegah suatu insiden yang membahayakan di rumah sakit.

1) Ketersediaan kebijakan terkait insiden keselamatan pasien

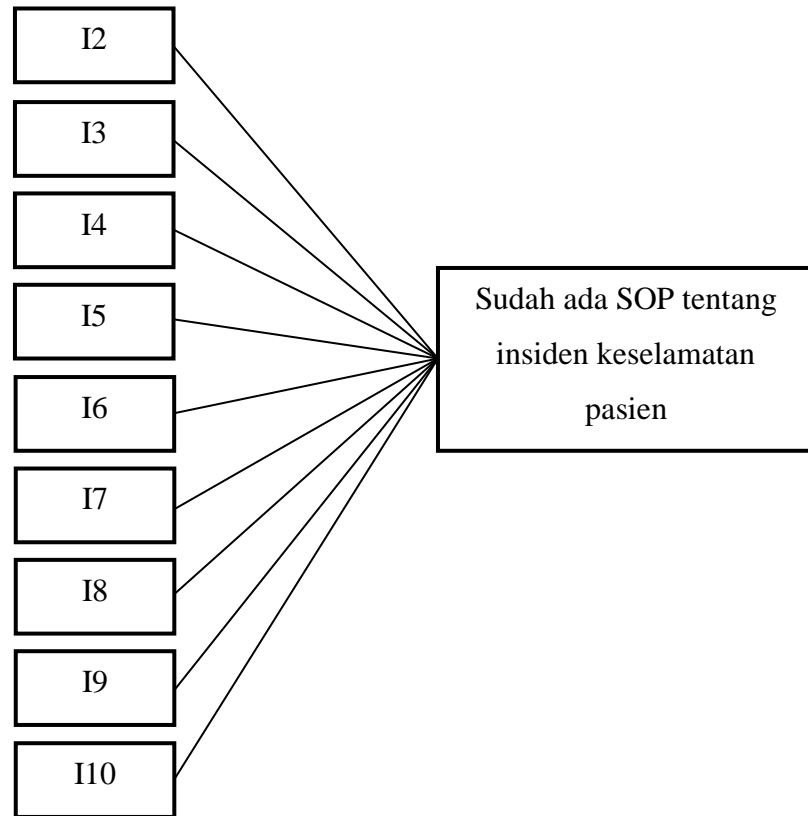
Berdasarkan hasil wawancara, sebagian besar informan menyatakan adanya kebijakan mengenai insiden keselamatan pasien. Hal tersebut terungkap oleh hasil wawancara berikut:

*“Ada semua, SK nya ada, tim nya ada.”* (Informan 2, 45 tahun)

*“Ada, lengkapmi kalau begitu-begitunya toh...”* (Informan 7, 37 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:





**Gambar 8. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Ketersediaan Kebijakan terkait Insiden Keselamatan Pasien**

Selain itu, ada juga kebijakan mengenai sistem pelaporan insiden keselamatan pasien. Berdasarkan hasil wawancara, sebagian besar informan menyatakan adanya kebijakan mengenai insiden keselamatan pasien. Hal tersebut terungkap oleh hasil wawancara berikut:

*“Ada langsung dari kementrian.”* (Informan 2, 45 tahun)

*“Kayaknya ada deh SOPnya, cuman belum didistribusikan ke ruangan-ruangan. Pasti adaji, tidak mungkin tidak ada. Kan ada form pelaporannya itu.”* (Informan 8, 40 tahun)

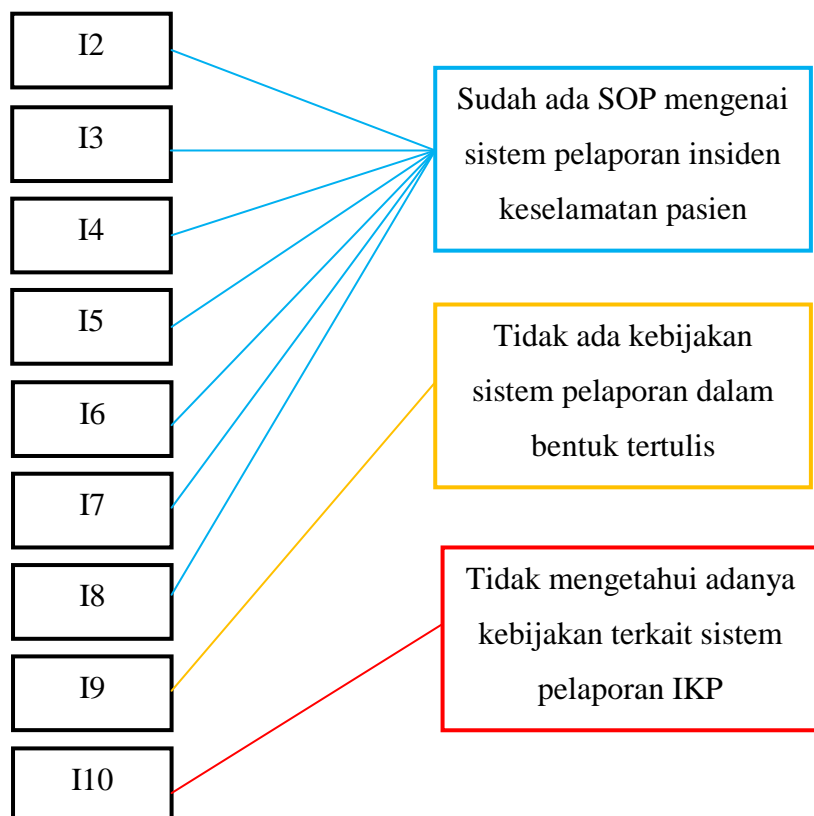


Namun, adapula informan yang menyatakan tidak mengetahui SOP terkait pelaporan insiden keselamatan pasien. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Tidak ada, yang disini itu cuman sistem pelaporan atau alur pelaporan tapi bukan dalam bentuk tertulis.”* (Informan 9, 39 tahun)

*“Pelaporan insiden saya tidak tau, belum pernah ada sosialisasinya juga.”* (Informan 10, 50 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 9. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Ketersediaan Kebijakan mengenai Sistem Pelaporan**

Dari skema di atas dapat diketahui bahwa sebanyak 7 informan menyatakan sudah ada SOP mengenai sistem



pelaporan IKP. Namun, ada 1 informan menyatakan tidak ada kebijakan sistem pelaporan dalam bentuk tertulis dan 1 informan lain menyatakan tidak mengetahui adanya kebijakan terkait sistem pelaporan karena belum ada sosialisasi yang didapatkan informan mengenai hal tersebut.

Selain melakukan wawancara diatas, peneliti melakukan telaah dokumen berupa SOP terkait insiden keselamatan pasien dan sistem pelaporannya. Hasil telaah dokumen ditemukan SOP sesuai dengan jenis-jenis insiden dan adanya formulir laporan insiden.

**Tabel 8.**  
**SOP terkait Insiden Keselamatan Pasien dan Sistem Pelaporannya**

No.	Judul SOP
1.	SOP Kejadian Sentinel
2.	SOP Kondisi Potensial Cedera
3.	SOP Kejadian Tidak Diharapkan
4.	SOP Tata Cara/Prosedur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien
5.	SOP Analisis IKP Analisis Akar Masalah (Root Cause Analysis/RCA)
6.	SOP Analisis IKP Analisis Modus Kegagalan dan Dampaknya (AMKD)/ <i>Failure Mode Effect Analysis (FMEA)</i>
7.	SOP Pedoman Pelaksanaan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit
8.	SOP Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit
9.	SOP Membangun Kesadaran Tentang Budaya Keselamatan Pasien
10.	SOP Mendidik Pasien dan Keluarganya tentang <i>Patient Safety</i>
11.	SOP Penatalaksanaan Tertusuk Jarum atau Benda Tajam

Sumber: Data Sekunder RSUD Kota Makassar, 2019





Gambar 10. Formulir Laporan Insiden

Gambar 11. Rekapitulasi Insiden Tertusuk Jarum

2) Kebijakan mempengaruhi dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien

Berdasarkan hasil wawancara, sebagian besar informan menyatakan adanya kebijakan yang jelas mampu mempengaruhi dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien. Hal tersebut terungkap oleh hasil wawancara berikut:

*“Mampu, karena kalau ada masalah, kita bahas, kemudian kita aplikasikan kembali supaya tidak terjadi lagi seperti itu.” (Informan 2, 45 tahun)*

*“Kebijakan itu mencakup pertama mulai dari strukturnya, pelatihan personelnnya, kemudian dibuat SOP nya, apa-apa disitu yang harus dilaporkan,*



*sistemnya. Dengan adanya semua itu, tentu jalan ini semua program. Pasti sangat membantu itu.”* (Informan 5, 41 tahun)

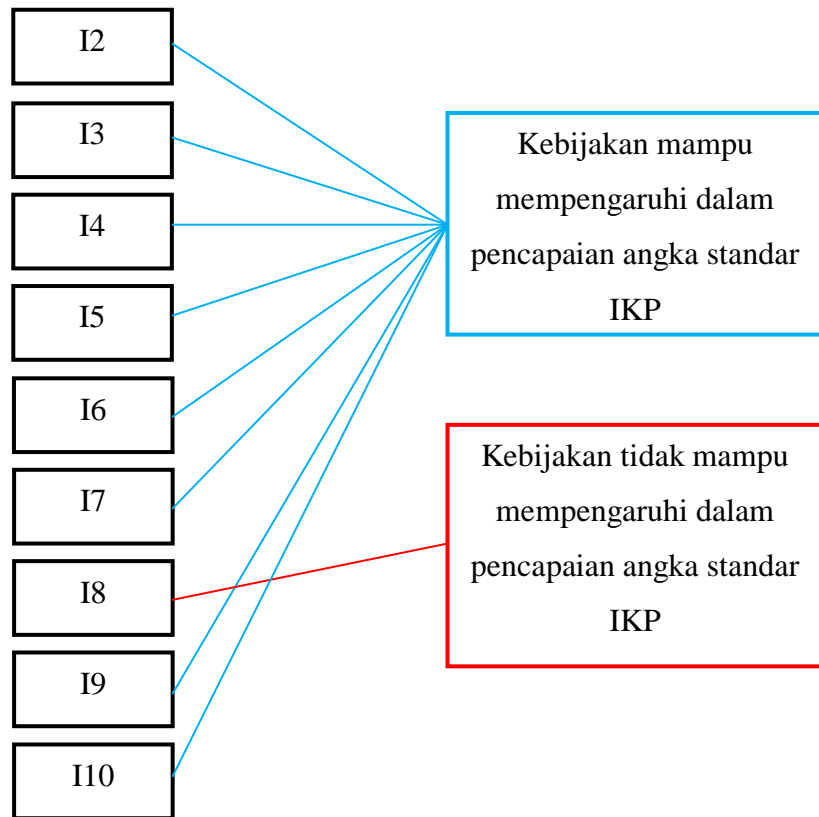
*“Iyalah kan dari kebijakan kemudian dibuat tindakan-tindakan.”* (Informan 6, 37 tahun)

Namun, adapula informan yang menyatakan bahwa kebijakan tidak mempengaruhi dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Tidak juga sih. Karena dari ndividunya. Walaupun ada SOP, tapi kalau dari individunya tidak hati-hati, tetap pasti akan ada insiden juga.”* (Informan 8, 40 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:





**Gambar 12. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Kebijakan Mempengaruhi dalam Pencapaian Angka Standar IKP**

Dari skema di atas dapat diketahui bahwa sebanyak 8 informan menyatakan kebijakan memberikan pengaruh dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien karena dapat membantu jalannya program. Namun, ada 1 informan menyatakan kebijakan tidak berpengaruh dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien karena tergantung dari individu masing-masing. Sehingga disimpulkan bahwa, kebijakan mampu mempengaruhi dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien.

Selain itu, ada juga mengenai kebijakan menjadi hambatan dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien. Berdasarkan hasil wawancara, sebagian



besar informan menyatakan kebijakan bukan menjadi hambatan dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien. Hal tersebut terungkap oleh hasil wawancara berikut:

*“Sampai sejauh ini bukan ji masalah.”* (Informan 6, 37 tahun)

*” Tidak sih, saya kira kebijakannya menunjang.”*  
(Informan 7, 37 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara terkait sikap kebijakan menjadi hambatan dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien bahwa sebagian besar informan menyatakan bahwa kebijakan bukan menjadi hambatan dalam pencapaian angka standar IKP, akan tetapi menjadi penunjang.

### 3) Ketersediaan sanksi/hukuman terkait insiden keselamatan pasien

Berdasarkan hasil wawancara, sebagian besar informan menyatakan tidak adanya sanksi/hukuman terkait insiden keselamatan pasien. Hal tersebut terungkap oleh hasil wawancara berikut:

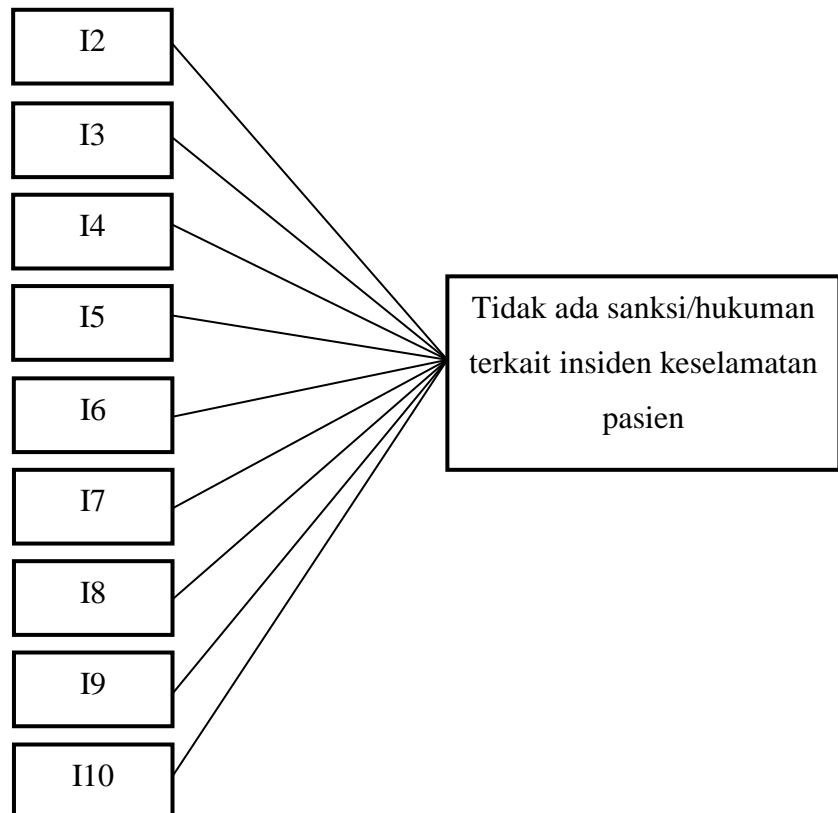
*“Tidak boleh, itumi blaming culture. Tidak ada penyalahan, paling inti-intinya yang terakhir salah itu sistem.”* (Informan 2, 45 tahun)

*“Tidak ada, jangan dong. Kan kembali lagi ke sebelumnya, kalau misalnya dikasih sanksi nanti malah takutki melapor.”* (Informan 4, 40 tahun)



*“Tidak diberikan sanksi lah, cuman disampaikan. Untuk sanksi-sanksi tidak sampai disitu, cuman teguran.” (Informan 6, 37 tahun)*

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 13. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Ketersediaan Sanksi/Hukuman terkait IKP**

Dari skema di atas dapat tidak adanya sanksi/hukuman yang diberikan, hanya dalam bentuk teguran. Hal ini disebabkan agar mereka tidak takut untuk melapor apabila terjadi suatu insiden, serta informan lain menyatakan yang salah bukan dari pihak yang melakukan insiden, akan tetapi dari sistemnya.



## 2. *Mechanism*

### a. **Kepemimpinan**

Kepemimpinan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah gaya seorang pemimpin yang mampu menjadi agen perubahan bagi perilaku anggota dalam suatu organisasi yakni pengarahan (*direction*), pengawasan (*supervision*), serta koordinasi (*coordination*).

1) Delegasi wewenang terhadap bawahannya terkait insiden keselamatan pasien

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait delegasi wewenang terhadap bawahannya mengenai insiden keselamatan pasien, beberapa informan menyatakan bahwa adanya pendelegasian wewenang kepada bawahan. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Saya selalu saya sampaikan kepada karyawan kalau ada sesuatu terjadi, yah melapor.”* (Informan 1, 42 tahun)

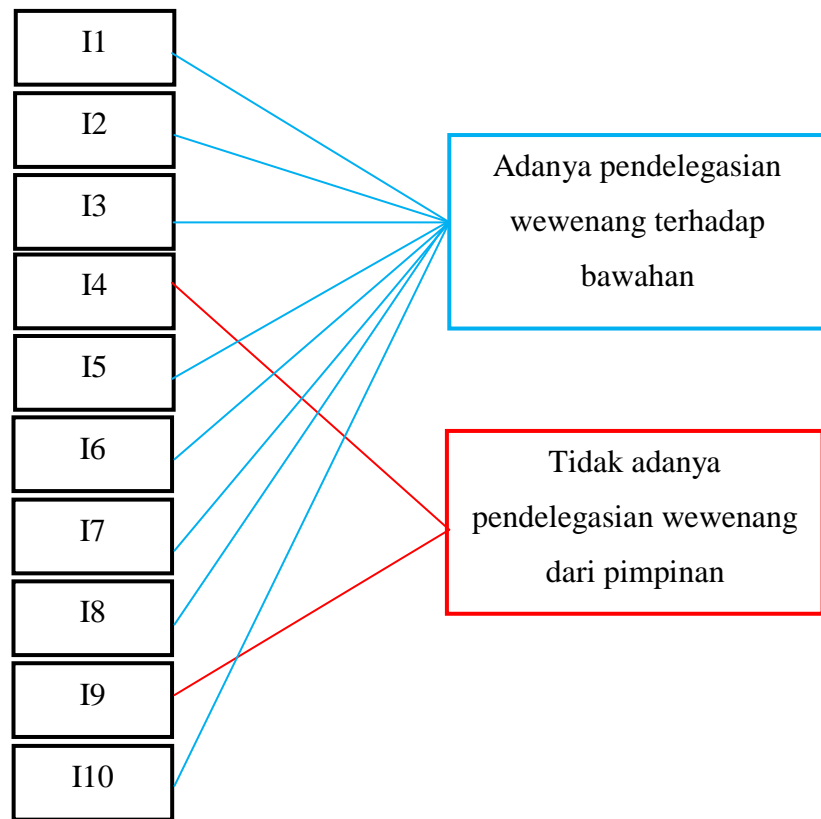
*“Iya dan itu berlaku untuk kesemuanya, kalau delegasi tugas, mereka masing-masing punya, semua sudah ada tugasnya.”* (Informan 7, 37 tahun)

Namun, adapula informan yang menyatakan bahwa tidak adanya pendelegasian wewenang dari pimpinan. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Tidak adapi begitu, tidak adapi pendelegasian apa-apa, begitu kan pendelegasian harus jelas toh ada SOPnya, tidak adapi.”*



Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 14. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Delegasi Wewenang terhadap Bawahannya terkait IKP**

Dari skema di atas dapat diketahui bahwa 8 informan menyatakan adanya pendelegasian wewenang terhadap bawahan dengan memiliki tugas masing-masing. Namun, ada 2 informan menyatakan bahwa tidak ada pendelegasian wewenang kepada bawahan. Selain itu, pada telaah dokumen didapatkan SOP terkait pendelegasian tugas. Sehingga disimpulkan bahwa, adanya pendelagasian wewenang dari pimpinan.



2) Pemberian penghargaan terkait pencapaian insiden keselamatan pasien

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait pemberian penghargaan mengenai pencapaian insiden keselamatan pasien, sebagian besar informan menyatakan bahwa belum ada pemberian penghargaan terutama terkait pencapaian IKP. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

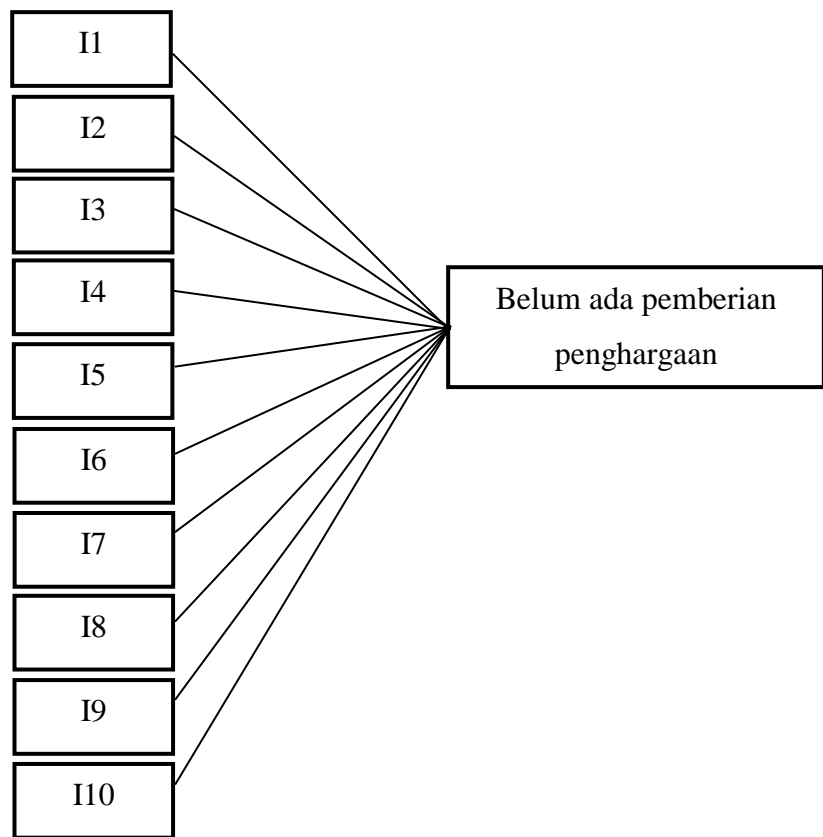
*“Tidak sih, palingan ucapan terima kasih. Tidak ada mungkin programnya tawwa, karena seperti itu harus ada dana toh.”* (Informan 6, 37 tahun)

*“Tidak ada sih, ucapan terima kasihji.”* (Informan 8, 40 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:







**Gambar 15. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Pemberian Penghargaan terkait Pencapaian IKP**

Dari skema di atas dapat diketahui bahwa belum adanya pemberian penghargaan, terutama terkait pencapaian insiden keselamatan pasien. Hanya berupa ucapan terima kasih yang diberikan, serta belum adanya program mengenai hal tersebut. Hal ini juga didukung dengan tidak tersedianya program ataupun kebijakan terkait pemberian *reward*.

3) Pemberian kebebasan dalam memberikan pendapat kepada bawahan terkait insiden keselamatan pasien

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait pemberian kebebasan dalam memberikan pendapat kepada bawahan mengenai insiden keselamatan pasien, sebagian besar informan menyatakan bahwa adanya pemberian



kebebasan dalam memberikan pendapat kepada bawahan terkait IKP. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Iya harus, tidak bisa tidak itu, cuman itu intern, tidak boleh keluar, tapi kalau kami di dalam harus, dia harus memberikan pendapat karena itu harus menyelesaikan masalah.”* (Informan 2, 45 tahun)

*“Iya, tidak adaji masalah soal itu.”* (Informan 4, 40 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara terkait pemberian kebebasan dalam memberikan pendapat kepada bawahan mengenai insiden keselamatan pasien, bahwa adanya pemberian kebebasan dalam memberikan pendapat dan tidak adanya masalah terkait kebebasan memberikan pendapat.

- 4) Pemberian bimbingan dan dorongan oleh KMKP terkait insiden keselamatan pasien.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait pemberian bimbingan dan dorongan oleh KMKP terkait insiden keselamatan pasien, beberapa informan menyatakan bahwa adanya pemberian bimbingan dan dorongan oleh KMKP terkait insiden keselamatan pasien. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Iya dilakukan..”* (Informan 3, 46 tahun)

*“Oh iya selalu, tiap tiga bulan ada kapan.”* (Informan 5, 41 tahun)



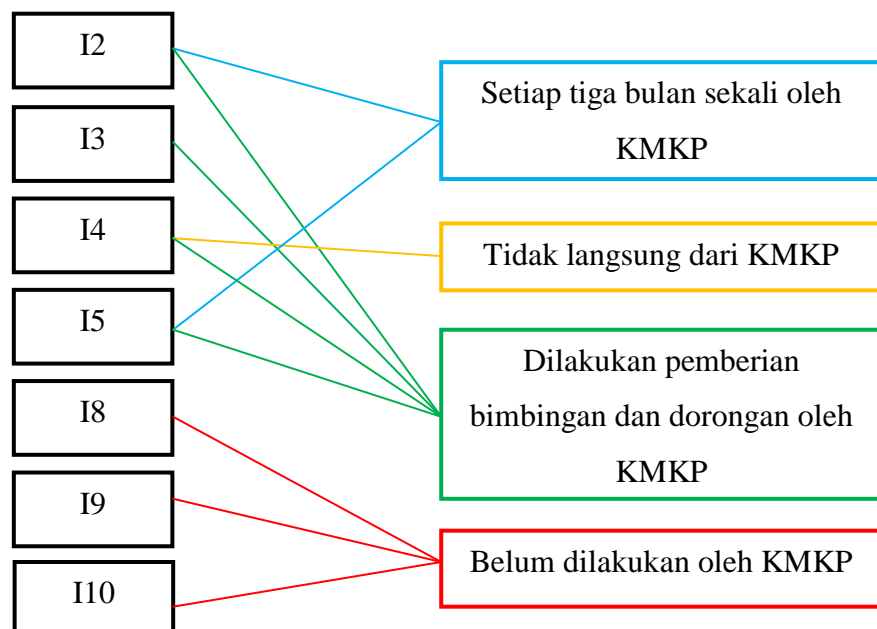
Namun, ada beberapa informan yang menyatakan belum dilakukan pemberian bimbingan dan dorongan oleh pihak KMKP. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Tidak tongji, tapi kan kita biasanya hal-hal begitu kita sampaikan ke kepala-kepala ruangan, nanti kepala ruangan yang lanjutkan, tidak langsung kami.”* (Informan 4, 40 tahun)

*“Itumi saya bilang sebelumnya, seandainya mau review sebulan sekali.”* (Informan 8, 40 tahun)

*“Belum pernahpi.”* (Informan 9, 39 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 16. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Pemberian Bimbingan dan Dorongan oleh KMKP terkait IKP**

Dari skema di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar informan menyatakan dilakukan pemberian bimbingan dan dorongan oleh KMKP terkait insiden keselamatan pasien



setiap tiga bulan sekali. Namun, ada informan menyatakan bahwa belum dilakukan pemberian bimbingan dan dorongan oleh KMKP.

Selain itu, berdasarkan hasil observasi diketahui pemberian bimbingan/supervisi tidak dilakukan secara berkala. Sehingga, disimpulkan bahwa pemberian bimbingan dan dorongan oleh KMKP masih kurang dilakukan secara rutin.

5) Pengawasan oleh KMKP terkait pencapaian insiden keselamatan pasien

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait pengawasan oleh KMKP mengenai pencapaian insiden keselamatan pasien, sebagian besar informan menyatakan bahwa dilakukan pengawasan oleh KMKP. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Dilakukan pengawasan selalu, setiap bulan sekali kan dari laporannya. Dari laporan itu, kita buatmi apasih masalahnya disitu, kita turun ke unitnya.”*  
(Informan 2, 45 tahun)

*”Iya, misalnya pengawasan paling sering toh itu ada di pelaporannya....”* (Informan 5, 41 tahun)

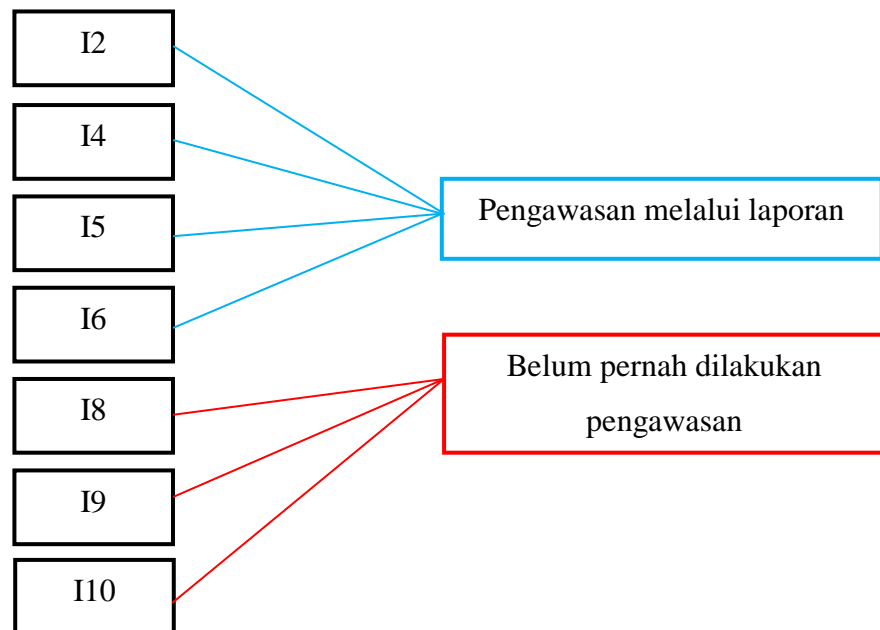
Namun, ada beberapa informan yang menyatakan belum pernah dilakukan pengawasan oleh pihak KMKP. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Tidak pernah, karena mungkin baru juga terbentuk toh.”* (Informan 8, 40 tahun)



*“Sampai saat ini dari POKJAnyanya belum, tapi masing-masing dari kepala ruangan.” (Informan 10, 50 tahun)*

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 17. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Pengawasan oleh KMKP terkait IKP**

Dari skema di atas dapat diketahui bahwa 4 informan menyatakan dilakukan pengawasan oleh KMKP terkait insiden keselamatan pasien, melalui pelaporannya. Namun, ada 3 informan menyatakan bahwa belum dilakukan pengawasan hanya dari kepala ruangan saja. Berdasarkan observasi dan telaah dokumen, didapatkan pelaporan yang diberikan kepada KMKP, tetapi hanya pada saat terjadi insiden. Sehingga, disimpulkan bahwa adanya pengawasan



dari pihak KMKP, walaupun tidak dilakukan monitoring dan evaluasi secara berkala.

## b. Komunikasi

Komunikasi yang dimaksud dalam penelitian ini adalah suatu kegiatan dalam interaksi yang melibatkan perilaku dan memungkinkan individu untuk berhubungan dengan orang lain. Komunikasi antara kepala ruangan atau dengan bawahannya yaitu perawat maupun antara komite keselamatan pasien.

### 1) Sosialisasi Komite Keselamatan Pasien

Berdasarkan wawancara yang dilakukan, diketahui bahwa beberapa informan pernah mendapatkan sosialisasi dari komite keselamatan pasien. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Selalu setiap bulan, ...rapat adakan sosialisasi atau ke ruangan sambil jalan begitu.”* (Informan 2, 45 tahun)

*“Kalau sosialisasi iya, karena kan komite keselamatan pasien disini kan bergabung dengan komite mutu toh, kalau dia apa namanya kalau dia sosialisasi mutu, pasti sosialisasi juga itu, bersamaanki.”* (Informan 4, 40 tahun)

*“Pernah, faktor-faktornya keselamatan pasien itu saja sih, bagaimana menjaga pasien supaya itu KTD tidak terjadi, KNC, itu kan bagiannya.”* (Informan 7, 37 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara terkait sosialisasi komite keselamatan pasien, diketahui bahwa dilakukan sosialisasi



dari komite keselamatan pasien bersamaan dengan bagian mutu ke ruangan masing-masing per unit.

2) Umpan balik positif dari kejadian yang dilaporkan

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait umpan balik positif dari kejadian yang dilaporkan, sebagian besar informan menyatakan bahwa adanya umpan balik positif dari kejadian yang dilaporkan. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Iya biasanya sih kalau lapor begitu langsung dikasih tau apaji masalahnya atau segala macam itu teraturji semua...”* (Informan 4, 40 tahun)

*“Iya, pokoknya begitu ada laporan langsungji.”* (Informan 10, 50 tahun)

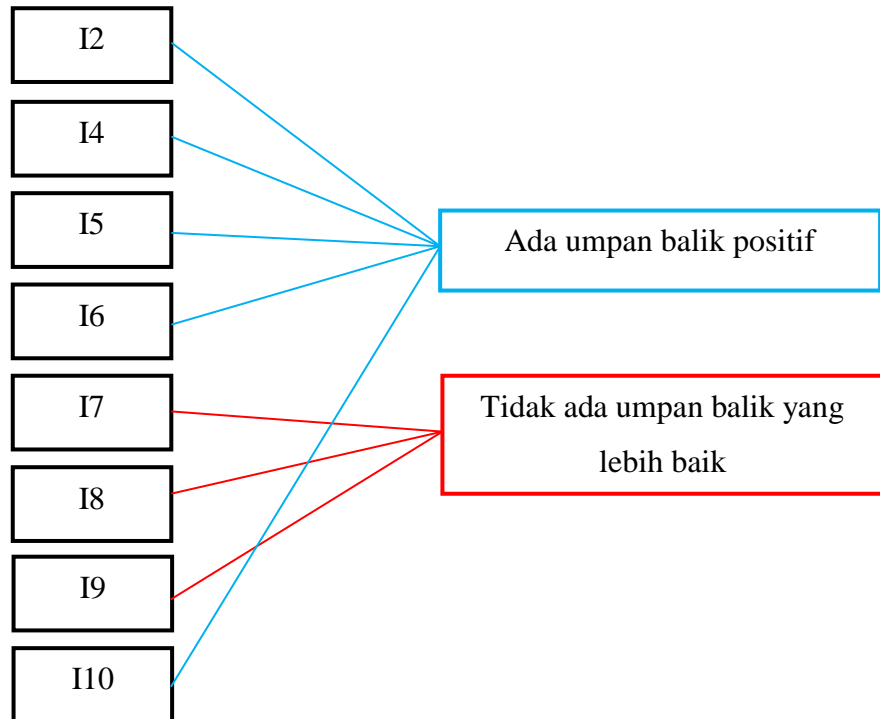
Namun, ada beberapa informan yang menyatakan tidak ada umpan balik yang lebih baik dari kejadian yang dilaporkan. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Tidak ada umpan baliknya kurasa, karena saya melapor-melaporji terus. Palingan terjadipi itu tertusuk jarum, tapi saat ituji juga. Kalau umpan balik yang lain tidak ada.”* (Informan 8, 40 tahun)

*“Itumi tadi terjadiki blaming culture.”* (Informan 9, 39 tahun)



Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 18. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Umpan Balik Positif dari Kejadian yang Dilaporkan**

Dari skema di atas dapat diketahui bahwa 5 informan menyatakan bahwa ada umpan balik positif karena pada saat ada masalah, ada tindak lanjut perbaikan. Namun, 2 informan menyatakan bahwa tidak ada umpan balik yang lebih baik, karena hanya pada saat terjadi masalah baru ada umpan balik dan 1 informan menyatakan bahwa terjadi *blaming culture* pada saat ada kejadian yang dilaporkan. Berdasarkan triangulasi, diketahui adanya umpan balik yang didapatkan pada saat melaporkan kejadian. Walaupun terjadi beberapa





keadaan yang menimbulkan *blaming culture*, tergantung dari unit masing-masing.

### 3) Pertukaran informasi saat pergantian *shift*

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait pertukaran informasi saat pergantian *shift*, sebagian besar informan menyatakan bahwa pertukaran informasi perawatan pasien yang penting selalu tersedia saat pergantian *shift*. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Iya pasti itu, karena kalau ada tindakan-tindakan yang belum dilakukan pasti di oper toh.”* (Informan 8, 40 tahun)

*“Biasanya diingatkan disampaikan lewat WA, atau secara lisan.”* (Informan 10, 50 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, diketahui bahwa pertukaran informasi perawatan pasien dilakukan saat pergantian *shift*, baik itu lewat *whatsapp* maupun secara lisan, serta apabila ada tindakan yang belum dilakukan, maka diberikan pada *shift* berikutnya.

Selain melakukan wawancara diatas, peneliti melakukan observasi dan telaah dokumen terkait pertukaran informasi saat pergantian *shift*. Diketahui bahwa adanya SOP operan *shift*, sedangkan hasil observasi diketahui adanya pertukaran informasi saat pergantian *shift*.





**Gambar 19.** Pertukaran Informasi saat Pergantian *Shift*

- 4) Diskusi bersama dalam mencegah masalah dan setiap terjadi masalah terkait pasien.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait diskusi bersama dalam mencegah masalah mengenai pasien, sebagian besar informan menyatakan bahwa pencegahan dan penyelesaian masalah terkait pasien dilakukan secara diskusi bersama. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Kalau ada kejadian pasti kita diskusi dan pasti langsung ada jalan keluar yang untuk mengatasi masalah tersebut...”* (Informan 7, 37 tahun)

*“Didiskusikanji disini kalau ada apa-apa terjadi.”* (Informan 8, 40 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, terkait diskusi bersama dalam mencegah masalah mengenai pasien, bahwa diketahui jika ada masalah atau untuk mencegah masalah pasti didiskusikan bersama.

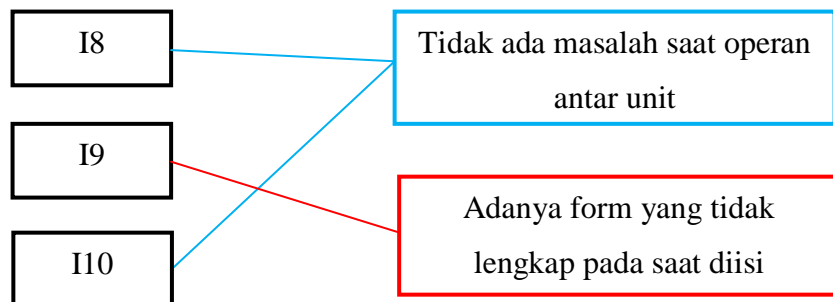


### 5) Masalah saat operan antar unit

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait masalah saat operan antar unit yang dapat menyebabkan insiden, 2 informan menyatakan bahwa tidak ada masalah saat operan antar unit. Namun, ada 1 informan menyatakan bahwa masalahnya berupa kelengkapan pengisian form atau kelengkapan berkas dari unit sebelumnya. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Kalau dari unit lain seperti IGD atau OK yang serah terima tidak lengkap diisi form-formnya, kelengkapan berkasnya.”* (Informan 9, 39 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 20. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Masalah saat Operan antar Unit**

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, terkait masalah saat operan antar unit, bahwa 1 informan menyatakan bahwa pada saat operan dari unit lain, adanya form yang tidak lengkap pada saat diisi atau masalah kelengkapan berkas. Berdasarkan hasil triangulasi, diketahui tidak adanya masalah serius pada saat operan antar unit.



### c. Kerja Tim

Kerja tim yang dimaksud dalam penelitian ini adalah segala bentuk yang mempengaruhi proses kerjasama antar individu dalam suatu tim untuk menangani pasien di RSUD Kota Makassar. Hampir semua pekerjaan rumah sakit dilakukan oleh berbagai disiplin ilmu contohnya: KKP, adanya *shift* antar pekerja, dan unit medis dan perawatan.

- 1) Bentuk kerja sama yang dilakukan KMKP dengan unit lain dalam menurunkan IKP

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait kerjasama yang dilakukan KMKP dengan unit lain, sebagian besar informan menyatakan bahwa bentuk kerja sama yang dilakukan berupa penanganan masalah jika ada kejadian ataupun dari laporan masing-masing unit yang dibuat kemudian diselesaikan dalam rapat dan pembuatan area fokus penanganan masalah. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Ituji dalam penanganan masalah sama laporan setiap unit toh.”* (Informan 2, 45 tahun)

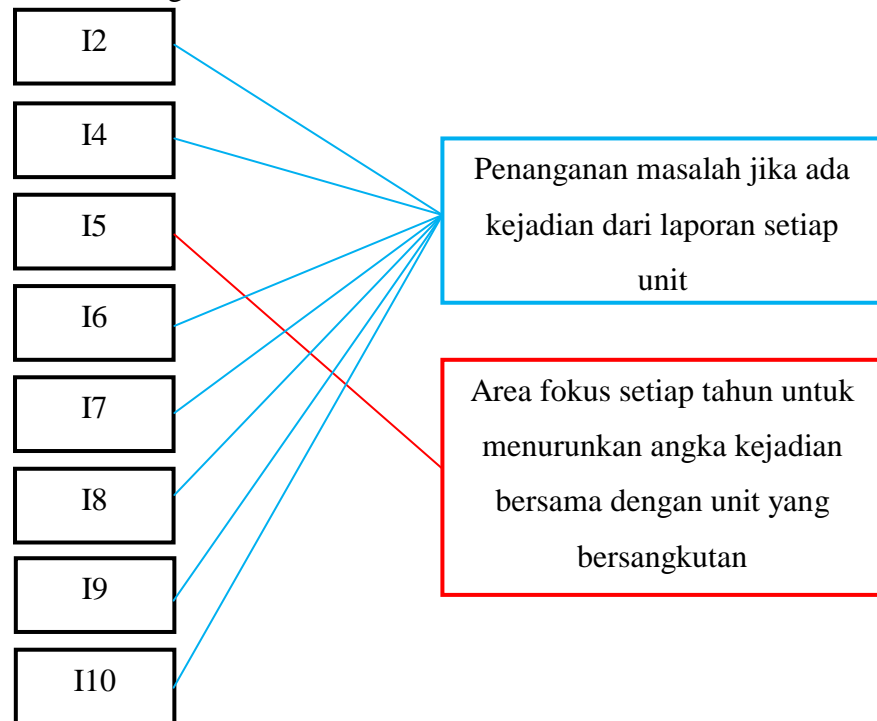
*“Kerja samanya dalam bentuk ituji toh, klo ada kejadian, terus kemudian kalau ada pelaporan tindak lanjutnya kemana, terus kemudian kalau misalnya dibikinkan RCA.”* (Informan 4, 40 tahun)

*“Fokusnya itu harus ada dalam setiap tahun ada area fokus dimana kita menurunkan itu angkanya dan meningkatkan kualitas pelayanannya...Terus sama-*



*samami dengan unitnya itu bagaimana strateginya.”*  
(Informan 5, 41 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 21. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Bentuk Kerja Sama yang Dilakukan KMKP dengan Unit Lain dalam Menurunkan IKP**

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, terkait kerjasama yang dilakukan KMKP dengan unit lain, bahwa kerja sama yang dilakukan dengan unit lain berupa penanganan masalah jika ada kejadian yang dilaporkan dan pemecahan masalah dilihat dari laporan setiap unit. Hal ini juga didukung dengan pelaporan yang didapatkan pada komite keselamatan pasien.



## 2) Kenyamanan saat pembagian tugas dengan rekan kerja

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait kenyamanan saat pembagian tugas dengan rekan kerja, sebagian besar informan menyatakan bahwa tidak masalah dengan adanya pembagian tugas dengan rekan kerja. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Iya tidak adaji masalah kalau itu.”* (Informan 8, 40 tahun)

*“Saya rasa disini aman-aman sajaji.”* (Informan 10, 50 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, terkait kenyamanan saat pembagian tugas dengan rekan kerja, bahwa diketahui tidak adanya masalah saat pembagian tugas dengan rekan kerjanya.

## 3) Pendapat informan terkait koordinasi antar rekan kerja

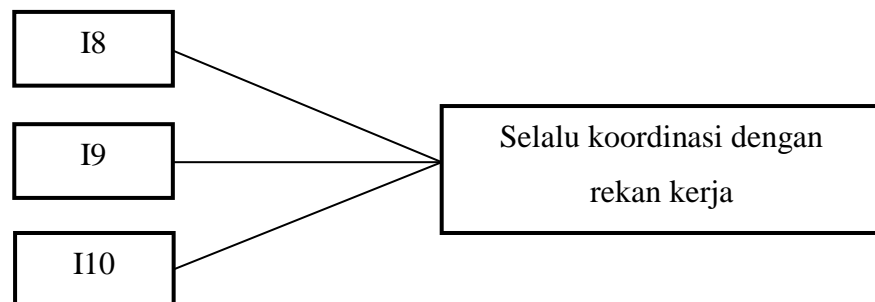
Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait kenyamanan saat pembagian tugas dengan rekan kerja, sebagian besar informan menyatakan bahwa mereka selalu berkoordinasi terkait masalah pasien. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Setiap ada masalah diruangan, selaluji koordinasi dengan rekan kerja.”* (Informan 8, 40 tahun)

*“Selaluji disini koordinasi kalau ada apa-apa pada pasien”* (Informan 9, 39 tahun)



Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 22. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Pendapat Informan terkait Koordinasi antar Rekan Kerja**

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, terkait pendapat informan mengenai koordinasi antar rekan kerja, bahwa jika ada masalah terkait pasien, selalu berkoordinasi dengan rekan kerjanya terutama masalah terkait pasien.

### 3. Outcome

#### a. Kinerja Komite Keselamatan Pasien

Kinerja komite keselamatan pasien yang dimaksud dalam penelitian ini adalah segala hal dalam pencapaian terkait insiden keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar.

##### 1) Latar belakang dibentuknya komite keselamatan pasien

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait latar belakang dibentuknya komite keselamatan pasien, sebagian besar informan menyatakan bahwa latar belakang dibentuknya karena akreditasi. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:



“Akreditasi, standar akreditasi, komitenya sebagai wadahnya.” (Informan 2, 45 tahun)

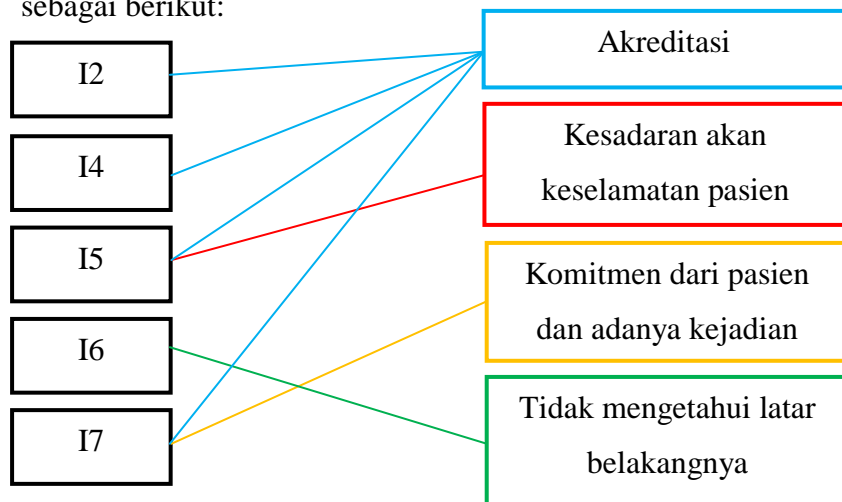
“Latar belakangnya ituji akreditasi. Coba kalau tidak ada akreditasi, tidak dibikinji itu.” (Informan 4, 40 tahun)

Namun, ada informan yang menyatakan tidak mengetahui latar belakang dibentuknya komite keselamatan pasien. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

“Saya tidak tau itu, soalnya saya dipilih saja. Tapi saya tidak tau sejarahnya, apa semua saya tidak tau. Karena saya juga tidak turun bekerja disitu sih.” (Informan 6, 37 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema

sebagai berikut:



**Gambar 23. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Latar Belakang Dibentuknya Komite Keselamatan Pasien**

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, terkait latar belakang dibentuknya komite keselamatan pasien karena akreditasi. Hal ini juga didukung dengan hasil observasi dan





telaah dokumen terkait SK pembentukan komite mutu dan keselamatan pasien.

2) Tujuan dari komite keselamatan pasien

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait tujuan dari komite keselamatan pasien, sebagian besar informan menyatakan bahwa tujuannya untuk keselamatan pasien. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Sebenarnya untuk keselamatan pasien toh.”*  
(Informan 4, 40 tahun)

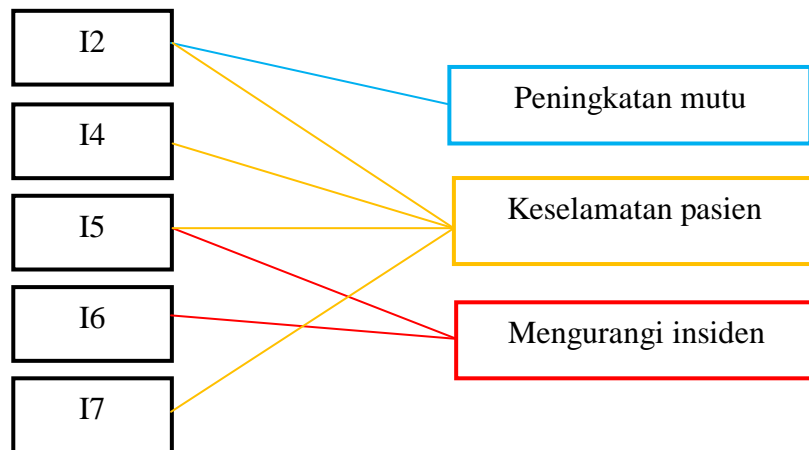
*“Untuk keselamatan pasien seperti ituji.”* (Informan 7, 37 tahun)

Namun, ada informan yang menyatakan tujuan dari komite keselamatan pasien untuk mengurangi insiden di rumah sakit. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Palingan ituji untuk mengurangi insiden kejadian-kejadian di rumah sakit, begitu kayaknya.”*  
(Informan 6, 37 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:





**Gambar 24. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Tujuan dari Komite Keselamatan Pasien**

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, terkait tujuan dari komite keselamatan pasien, bahwa tujuan dari KKP untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Hal ini didukung dari telaah dokumen berupa SK pembentukan mutu dan keselamatan pasien.

### 3) Pengetahuan informan terkait program komite keselamatan pasien

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait pengetahuan informan mengenai program komite keselamatan pasien, sebagian besar informan menyatakan bahwa program komite keselamatan pasien adalah enam sasaran keselamatan pasien. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Enam pokoknya itu, enam langkah.”* (Informan 2, 45 tahun)

*“Mungkin itu peningkatan keselamatan pasien dan enam sasaran keselamatan pasien...”* (Informan 8, 40 tahun)



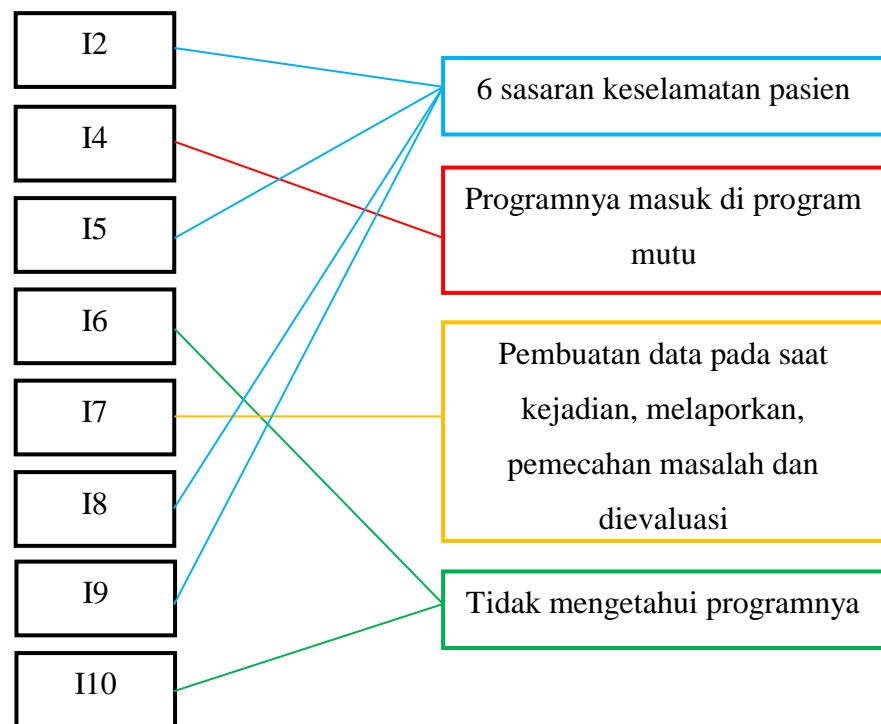
*“Ituji kutau di status yang resiko jatuh, pengurangan infeksi, obat high alert.” (Informan 9, 39 tahun)*

Namun, ada beberapa informan juga menyatakan tidak mengetahui program dari komite keselamatan pasien. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Kurang tau itu saya, karena tidak turunka bekerja disitu.” (Informan 6, 37 tahun)*

*“Tidak saya tau.” (Informan 10, 50 tahun)*

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 25. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Pengetahuan Informan terkait Program Komite Keselamatan Pasien**

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, terkait pengetahuan informan mengenai program komite



keselamatan pasien, bahwa tidak diketahuinya program dari KKP itu sendiri. Hal ini didukung dengan hasil observasi dan dokumen yang tidak didapatkan terkait program dari komite keselamatan pasien.

- 4) Pendapat informan terkait kinerja komite keselamatan pasien dalam pencapaian insiden keselamatan pasien

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait pendapat informan mengenai kinerja KKP dalam pencapaian IKP, sebagian besar informan menyatakan bahwa komite keselamatan pasien belum berjalan dengan baik. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Orang-orangnya saja saya tidak tau dan tidak berjalan juga disini KKP.”* (Informan 9, 39 tahun)

*“Belum berjalan sesuai dengan yang kita harapkan.”* (Informan 10, 50 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, terkait pendapat informan mengenai kinerja KKP dalam pencapaian IKP, bahwa KKP belum berjalan sesuai dengan yang diharapkan karena kurangnya koordinasi dari KKP itu sendiri.

- 5) Faktor-faktor yang mempengaruhi indikator kinerja KKP terhadap pencapaian IKP

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait faktor-faktor yang mempengaruhi indikator kinerja KKP terhadap pencapaian IKP, sebagian besar informan menyatakan bahwa



faktor SDM berupa ketersediaan SDM itu sendiri maupun dari segi kualitasnya serta dukungan dari kepemimpinan yang mampu mempengaruhi kinerja KKP terhadap pencapaian IKP. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Kualitas SDM, terkait pelatihannya, support kerjanya, harus juga purnawaktu disana. Jangan asal taroh nama saja, supaya betul-betul bekerja ini.”*  
(Informan 4, 40 tahun)

*“Tentu SDM, kedua supporting dari pimpinan toh, yang ketiga tentu dukungan atau kerja sama dari unit-unit di bawah, apa betul-betul mereka paham dan mau kerja sama melaporkan...”* (Informan 5, 41 tahun)

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, terkait faktor-faktor yang mempengaruhi indikator kinerja KKP terhadap pencapaian IKP, bahwa faktor yang mempengaruhinya dari SDM, baik dari segi kualitas maupun ketersediaannya. Selain itu faktor yang lain yaitu dari *support* pimpinan, kerja sama antar unit, *controlling*, dan pelaporannya.

#### 6) Hambatan terkait insiden keselamatan pasien

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait hambatan mengenai insiden keselamatan pasien, sebagian besar informan menyatakan bahwa masih adanya *blaming culture*, kurangnya kesadaran individu dalam melaporkan, dan sistem pelaporan yang masih belum dipahami. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:



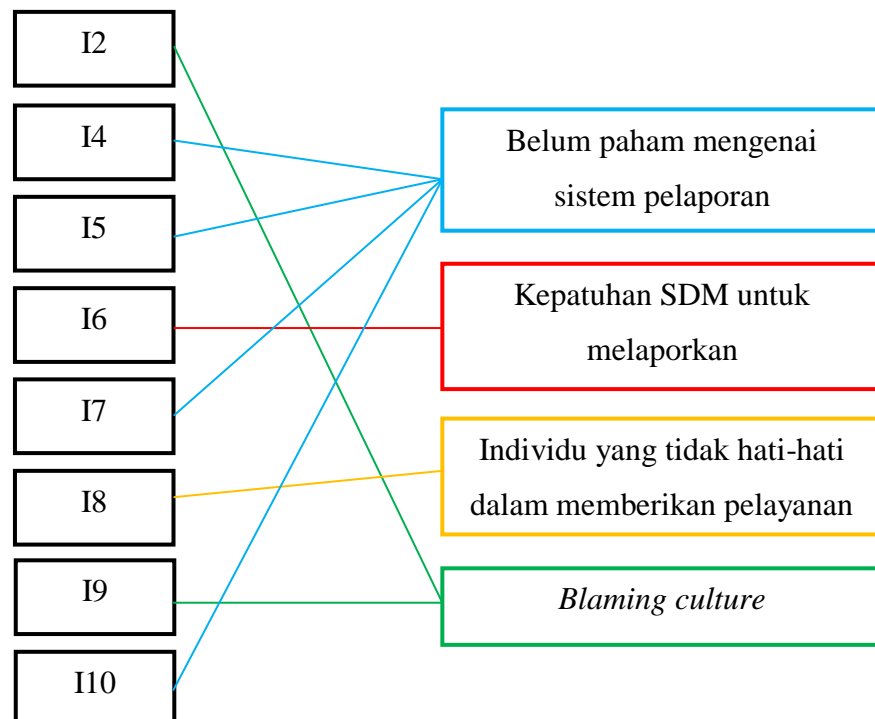
“Masih ada yang belum paham mungkin sistem pelaporan. Bisa jadi seperti itu.” (Informan 4, 40 tahun)

“Kepatuhan dari masing-masing SDM di setiap unit untuk melaporkan.” (Informan 6, 37 tahun)

“Masih ada yang takut melapor karena takut dikembalikan ke dia kesalahannya.” (Informan 9, 39 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema

sebagai berikut



**Gambar 26. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Hambatan terkait Insiden Keselamatan Pasien**

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, terkait hambatan mengenai insiden keselamatan pasien, bahwa masih ada yang belum paham mengenai sistem pelaporan dan *blaming culture*.



7) Hal-hal yang mempengaruhi keberhasilan komite keselamatan pasien

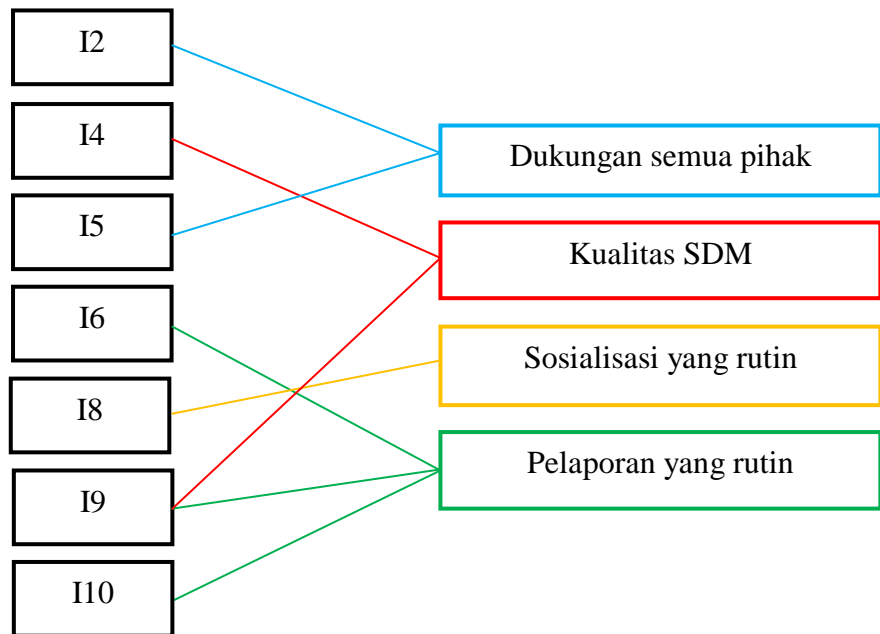
Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait keberhasilan komite keselamatan pasien, sebagian besar informan menyatakan bahwa kualitas dan ketersediaan SDM, dukungan semua pihak di rumah sakit, sosialisasi, serta pelaporan secara rutin yang mempengaruhi keberhasilan. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Dukungan semua pihaklah pokoknya supaya mencapai tujuan.”* (Informan 2, 45 tahun)

*“Pertama pastinya kualitasnya toh, kualitas SDM itu dalam artian banyak hal toh, yang pertama support pelatihannya, support kerjanya juga, dalam artian kalau memang mau dikasih bagus ini, maka dikasih purnawaktu itu saja yang dikerjakan toh, supaya benar-benar fokus kesitu...”* (Informan 4, 40 tahun)



Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:



**Gambar 27. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Hal-Hal yang Mempengaruhi Keberhasilan Komite Keselamatan Pasien**

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, terkait hal-hal yang mempengaruhi keberhasilan KKP adalah dukungan semua pihak seperti dukungan manajemen, kualitas SDM baik dari segi pelatihan, sosialisasi dan pelaporan yang rutin.

8) Hal-hal yang mempengaruhi kegagalan komite keselamatan pasien

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait kegagalan yang mempengaruhi komite keselamatan pasien, sebagian besar informan menyatakan bahwa kualitas dan ketersediaan SDM serta motivasi untuk berpartisipasi pada KKP masih





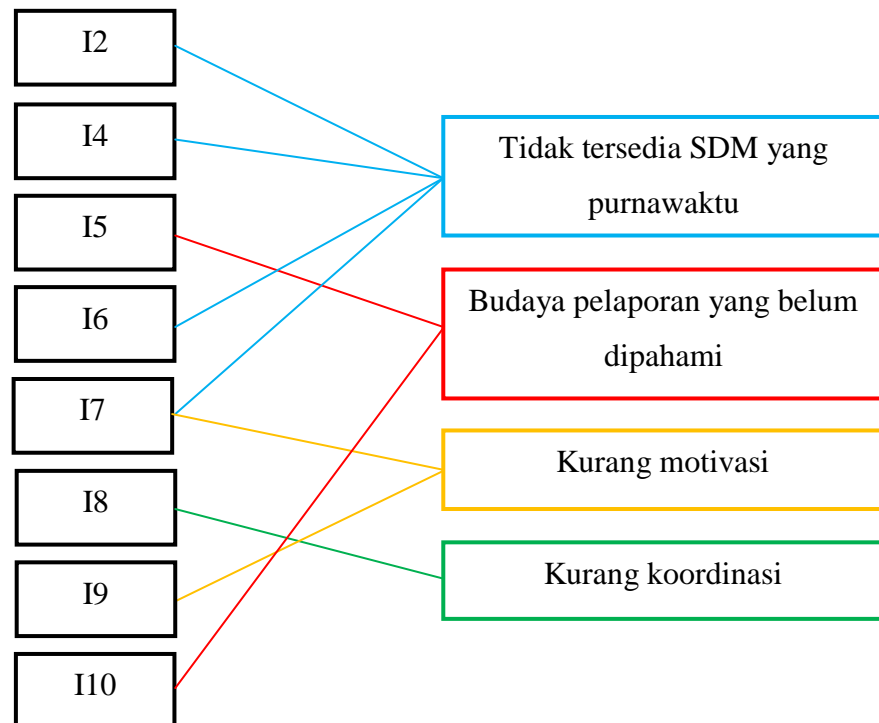
kurang yang mempengaruhi kegagalan. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

*“Iya tenaganya, belum ada tenaga yang benar-benar purnawaktu itu yang taroh disitu. Kalau kinerjanya sekarang di rumah sakit, seperti yang saya sudah bilang di awal tadi bahwa kita belum terlalu maksimal toh karena rata-rata disitu merangkap kesana kemari, masih dianggap kurang orang lah untuk bisa berpartisipasi.”* (Informan 4, 40 tahun)

*“Karena komite keselamatan pasien itu semua masih menjabat orang lain, tidak ada yang fokus disitu. Motivasi untuk terlibat di komite keselamatan pasien itu masih sedikit disini.”* (Informan 7, 37 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema

sebagai berikut:



**Gambar 28. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Hal-Hal yang Mempengaruhi Kegagalan Komite Keselamatan Pasien**



Berdasarkan hasil wawancara tersebut, terkait hal-hal yang mempengaruhi kegagalan KKP, bahwa tidak tersedia SDM yang purnawaktu dan berpartisipasi pada KKP, serta budaya pelaporan yang masih banyak belum paham.

- 9) Hal-hal yang mendukung kinerja KKP dapat berjalan dengan baik

Berdasarkan wawancara yang dilakukan terkait yang mendukung kinerja komite keselamatan pasien dapat berjalan dengan baik, sebagian besar informan menyatakan bahwa dukungan dari semua pihak, ketersediaan SDM, sosialisasi, *controlling*, dan evaluasi secara rutin dapat membuat kinerja komite keselamatan pasien berjalan dengan baik. Hal tersebut terungkap dari hasil wawancara berikut:

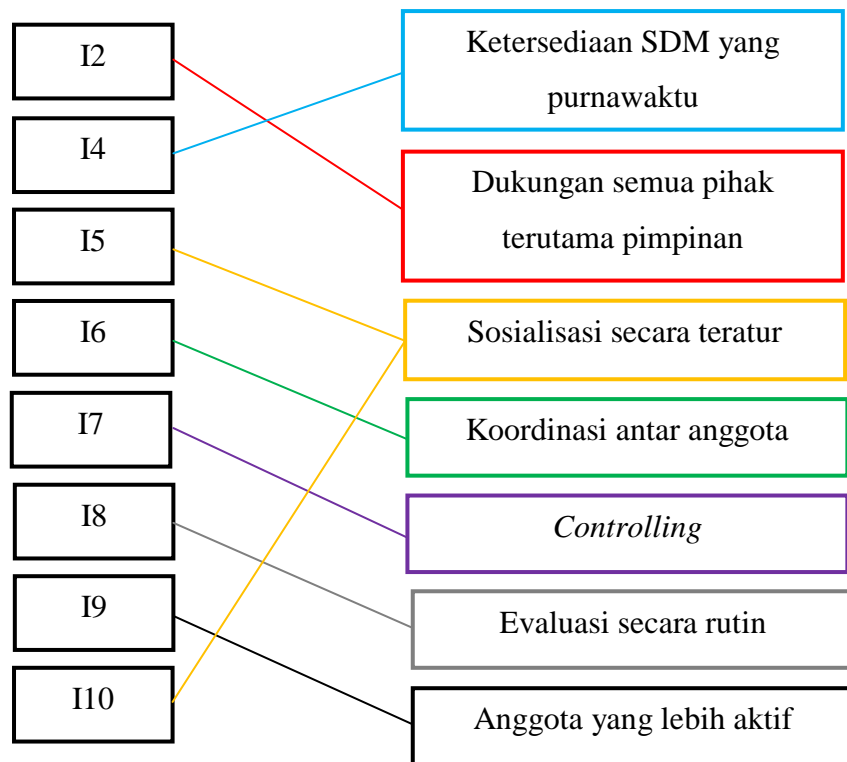
*“Harus ada orang yang duduk disitu benar-benar, ituji...Kalau ituji saja pekerjaannya, pasti fokusji dan bakalan berjalanki ini dengan baik.”* (Informan 4, 40 tahun)

*“Controllingnya harus lebih sering...”* (Informan 7, 37 tahun)

*“Pelatihan dan sosialisasi secara teratur, setiap enam bulan lah.”* (Informan 10, 50 tahun)

Dari hasil wawancara di atas, maka dapat dibuat skema sebagai berikut:





**Gambar 29. Skema Hasil Wawancara dengan Informan tentang Hal-Hal yang Mendukung Kinerja Komite Keselamatan Pasien Berjalan dengan Baik**

Berdasarkan hasil wawancara tersebut, terkait hal-hal yang mendukung kinerja KKP dapat berjalan dengan baik adalah sosialisasi dan pelatihan secara teratur, ketersediaan SDM yang purnawaktu, dukungan semua pihak terutama pimpinan, *controlling*, evaluasi secara rutin, dan anggota yang lebih aktif.

#### D. Pembahasan

Penelitian ini menggunakan pendekatan *Realist Evaluation* dengan melihat *context*, *mechanism*, dan *outcome* dari kinerja komite keselamatan pasien. Tujuan penting evaluasi realis adalah bukan membuktikan tetapi untuk memperbaiki. Berdasarkan hasil penelitian yang dipaparkan diatas, maka berikut ini adalah pembahasan terkait C-M-O dari program tersebut.



## 1. *Context*

Context menjelaskan tentang aspek karakteristik populasi, jenis organisasi, SDM hingga kultur. Dalam hal ini, bagaimana sumber daya manusia maupun kebijakan yang ada didalamnya, mampu mempengaruhi program.

### a. **Sumber Daya Manusia**

Menurut Azwar dalam bukunya pengantar administrasi kesehatan, bahwa sumber daya manusia dalam suatu organisasi sangat penting karena tercapai atau tidaknya tujuan organisasi, pada dasarnya ditentukan oleh SDM, yakni manusia dan atau orang yang akan melaksanakan kegiatan organisasi tersebut. Dilihat dari pengetahuan SDM mengenai insiden keselamatan pasien untuk mengetahui kinerja pencapaian komite keselamatan pasien menjadi salah satu hal terkait jalannya suatu program. Selain itu, adanya sikap menerima dalam mengikuti segala aturan yang ada pada organisasi, serta sikap menghargai dalam memberikan nilai yang positif terhadap suatu objek seperti mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah juga menjadi salah satu hal dalam implementasi suatu program.

Sumber daya manusia adalah para pelaksana yang berjumlah cukup dan memiliki kemampuan dan keterampilan yang diperlukan dalam melaksanakan kebijakan maupun program yang ditetapkan. Jumlah pelaksana yang banyak tidak otomatis



mendorong implementasi yang berhasil, jika tidak memiliki keterampilan yang memadai. Di sisi lain kurangnya personil yang memiliki keterampilan juga akan menghambat pelaksanaan program tersebut.

Saat ini, dilihat dari kompetensi yang dimiliki SDM nya sendiri sudah cukup baik dalam menunjang keberhasilan pencapaian insiden keselamatan pasien di rumah sakit, walaupun SDM yang berada di komite keselamatan pasien masih kurang aktif terlibat di komite tersebut. Seperti yang dijelaskan (Hasibuan dkk, 2016) terkait penelitian implementasi kebijakan dan standar kualifikasi dan kompetensi SDM, bahwa sumber daya utama dalam implementasi kebijakan adalah staf. Kegagalan yang sering terjadi dalam implementasi kebijakan, salah satunya disebabkan oleh staf/pegawai yang tidak cukup memadai, mencukupi, ataupun tidak kompeten dalam bidangnya. Penambahan jumlah staf dan *implementor* saja tidak cukup menyelesaikan adanya persoalan implementasi kebijakan, tetapi di perlukan sebuah kecukupan staf dengan keahlian dan kemampuan yang diperlukan (kompeten dan kapabel) di dalam implementasi kebijakan atau melaksanakan tugas yang diinginkan oleh kebijakan itu sendiri. Peran sumber daya manusia ibarat mesin yang akan menjalankan rencana kerja yang telah dibuat.



Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa untuk segi sumber daya manusia pada komite keselamatan pasien dari pencapaian insiden keselamatan pasien melalui pelatihan yang telah didapatkan sudah cukup baik karena mendapatkan pelatihan *in house training*, akan tetapi untuk pelatihan luar yang mendapatkan hanya orang yang memiliki jabatan tertinggi di komite keselamatan pasien. Walaupun telah mendapatkan pelatihan, namun pelatihan tersebut hanya didapatkan sekali oleh setiap informan dan tidak dilakukan pelatihan secara berkala. Hal ini sehubungan dalam Permenkes No. 11 tahun 2017 yang mengatakan bahwa pendidikan kepada staf tentang keselamatan pasien merupakan kegiatan pendidikan dan pelatihan berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Pelatihan menurut Henriksen dalam (Zulkani, 2017) merupakan salah satu sarana menambah kebutuhan akan pengetahuan baru dan untuk meningkatkan kinerja individu dan kinerja sistem. Sehingga, untuk meningkatkan kinerja, perlu dilakukan pelatihan secara berkala. Pendidikan dan pelatihan terkait keselamatan pasien harus diberikan kepada semua petugas yang ada di rumah sakit. Di RSUD Kota Makassar sudah



memprogramkan hal tersebut, hanya saja belum dilaksanakan ke semua petugas atau staf. Pelaksanaan baru di tingkat kepala unit.

Sehubungan dengan adanya pelatihan tentunya mampu meningkatkan pengetahuan SDM. Dalam hal ini, intervensi pelatihan bermanfaat dalam meningkatkan persepsi, sikap dan kesadaran petugas terkait budaya keselamatan, sehingga menurunkan jumlah kejadian yang merugikan dan meningkatkan keselamatan pasien. Konferensi pelatihan memberikan manfaat bagi peserta pelatihan dalam menggunakan perspektif unik untuk mengidentifikasi kerentanan sistem, dan mengembangkan solusi inovatif (Sulahyuningsih et al., 2017).

Kemampuan kognitif seseorang menurut Subagyo dalam (Zulkani, 2017) mempengaruhi kemampuan individu tersebut dalam melakukan tindakan yang tidak menimbulkan risiko terhadap keselamatan pasien. Pengetahuan merupakan kepercayaan yang dapat dipertanggungjawabkan serta sesuatu yang eksplisit dan terpikirkan. Berdasarkan hasil penelitian mengenai pengetahuan informan terkait insiden keselamatan pasien telah mengetahui jenis-jenis insiden keselamatan pasien. Dalam hal ini, penyampaian informasi yang dilakukan rumah sakit sudah bagus karena sebagian besar informan mengetahui insiden keselamatan pasien, sehingga mampu menerapkan dalam pemberian pelayanan. Hal ini sesuai dengan penelitian yang



dilakukan Cahyono dalam (Zulkani, 2017) yang mengatakan bahwa pengetahuan SDM kesehatan adalah hal yang berhubungan dengan komitmen yang sangat diperlukan dalam upaya untuk membangun budaya keselamatan pasien.

Selain dari pengetahuan sumber daya manusia, salah satu yang mempengaruhi implementasi kebijakan adalah sikap implementator dalam melaksanakan sebuah kebijakan. (Khaerah, 2018). Hasil dari wawancara yang dilakukan oleh peneliti kepada informan untuk mengetahui sikap informan terkait dukungan adanya komite keselamatan pasien, semua informan menyatakan sikap mendukung dengan adanya komite keselamatan pasien terkait pencapaian insiden di rumah sakit. Dalam hal ini, memberikan dukungan sesuai dengan peran dari unitnya masing-masing.

Walaupun komite keselamatan pasien masih dianggap belum efektif dalam menurunkan insiden keselamatan pasien karena belum berjalan dengan baik. Selain itu, peneliti juga menggali tanggapan dari informan terkait sikap informan dengan adanya komite keselamatan pasien mengungkapkan bahwa seharusnya KKP melakukan sosialisasi secara berkala, agar KKP dinilai berjalan dengan baik. Terkait sikap informan mengenai *blaming culture*, mengungkapkan bahwa masih ada yang takut untuk melapor karena takut disalahkan, padahal kepala ruangan yang





ada disetiap unit telah memberikan edukasi kepada perawat untuk melapor jika ada kejadian. Dalam hal ini juga berkaitan dengan komite keselamatan pasien yang belum mampu mengontrol dengan baik. Apabila masih ada yang takut melapor, maka pelaporan terkait insiden juga tidak akan efektif untuk melihat pencapaian insiden yang ada di rumah sakit.

*General System Theory* (GST) dalam (Sulahyuningsih et al., 2017) menyatakan bahwa konsep subsistem memiliki hubungan antar bagian sebagai hubungan sebab akibat. Pelaksanaan program keselamatan pasien merupakan suatu rangkaian sistem yang saling mempengaruhi satu sama lain. Bila pelaporan insiden tidak dilakukan secara tertulis, maka rumah sakit tidak akan memiliki data terkait jumlah insiden, sehingga monitoring dan evaluasi tidak akan bisa dilakukan. Hal ini akan berdampak pada kualitas pelayanan dan keselamatan pasien.

Budaya menyalahkan ketika terjadi IKP merupakan salah satu kendala yang sering terjadi di rumah sakit. Perasaan takut disalahkan dan takut akan hukuman dan sanksi menyebabkan pegawai/petugas yang melakukan kesalahan tidak melaporkan diri. Individu tidak harus disalahkan untuk suatu kesalahan akibat sistem dalam insiden. Menganalisis akar penyebab kesalahan dan ditangani bersama merupakan hal yang harus dilakukan, bukan



menyalahkan individunya. Menyalahkan dapat mempengaruhi kualitas penurunan pelaporan kesalahan.

Berdasarkan hasil wawancara dengan para informan sehubungan dengan *blaming culture*, dilihat mengenai sikap informan jika ada insentif yang diberikan didapatkan hasil bahwa sebagian besar informan mengaku bahwa insentif mempengaruhi keberhasilan agar tidak takut untuk melapor. Namun tak sedikit pula informan yang mengaku bahwa insentif tidak mempengaruhi kinerja mereka dikarenakan sudah menjadi tugas dan tanggung jawab mereka.

Menurut G. Edward dalam penelitian (Astuti, 2018) menyatakan bahwa salah satu teknik yang disarankan untuk mengatasi masalah kecenderungan para pelaksana adalah dengan memanipulasi insentif. Oleh karena itu, pada umumnya orang bertindak menurut kepentingan mereka sendiri, maka memanipulasi insentif oleh para pembuat kebijakan mempengaruhi tindakan para pelaksana kebijakan. Insentif mampu memotivasi karyawan.

Berdasarkan Permenkes RI No. 1691 tahun 2011 pasal 11 ayat 4 yang mengatakan bahwa pelaporan insiden ditujukan untuk menurunkan insiden dan mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dan tidak untuk menyalahkan orang (*non blaming*). Dalam hal ini, diharapkan setiap insiden



mampu dilaporkan tanpa ada rasa takut untuk melapor (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2011).

Dari pembahasan mengenai sumber daya manusia di atas, diketahui yang menjadi *context* adalah SDM yang telah berkompeten tetapi kurang terlibat dalam KKP, pelatihan berkala yang didapatkan masih kurang, pengetahuan SDM yang cukup baik terkait insiden keselamatan pasien, *blaming culutre* mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien, dan insentif yang menjadi salah satu hal yang mampu mempengaruhi *blaming culture*.

#### **b. Kebijakan**

Kebijakan yang kompleks membutuhkan kerjasama banyak orang, pemborosan sumber daya berpotensi mempengaruhi individu dan secara umum akan mempengaruhi hasil implementasi. Perubahan yang dilakukan tentunya akan mempengaruhi individu dan secara umum akan mempengaruhi sistem dalam birokrasi (Suriyanti, 2016). Salah satu bentuk kebijakan yaitu *Standard Operating Procedures* (SOP) yang menjadi salah satu acuan dalam memberikan pelayanan ataupun mengatasi tindakan terutama mengenai insiden atau kejadian di rumah sakit. SOP adalah suatu pedoman yang disusun untuk memberikan standar pada setiap pekerjaan yang dilakukan oleh para pegawai atau anggota suatu institusi atau organisasi sebagai



upaya maksimalisasi suatu implementasi kebijakan yang telah ditetapkan.

Pada RSUD Kota Makassar diketahui adanya SOP terkait insiden keselamatan pasien dan sistem pelaporan, serta formulir pelaporan insiden. Walaupun ada beberapa yang masih kurang mengetahui terkait ketersediaan SOP tersebut, sehingga diketahui kurangnya sosialisasi dari pihak komite keselamatan pasien ke setiap unit mengenai kebijakan terkait insiden keselamatan pasien terutama sistem pelaporan. Hal ini juga mempengaruhi pencatatan insiden disebabkan tidak mengetahui bagaimana sistem pelaporan yang ada di rumah sakit.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Yalia dalam (Astuti, 2018) dengan adanya SOP dapat menyederhanakan proses pembuatan keputusan-keputusan dan menyesuaikan tanggung jawab program dengan sumber-sumber yang ada serta keseragaman tindakan dari para pelaksana sehingga memungkinkan untuk beradaptasi atau menyesuaikan dengan tuntutan-tuntutan perubahan.

Selain itu, dengan adanya kebijakan juga mampu meminimalisir terjadinya kesalahan dengan mematuhi kebijakan yang ada. Akan tetapi, bukan berarti dengan adanya kebijakan, maka ada sanksi/hukuman apabila tidak diterapkan sesuai kebijakan. Dalam pengimplementasiannya, sanksi seringkali



menjadi penyebab kontroversi dalam perusahaan, sebab sebagian karyawan menganggap sanksi adalah hal merugikan dan tidak wajar karena tidak memacu kerja. Mereka menganggap sanksi tersebut sebagai suatu pemaksaan. Jelas dalam anggapan di atas bahwa sebagian karyawan tidak tertarik dan menentang diterapkannya sanksi dalam perusahaan. Di sini perlu ketegasan seorang pemimpin khususnya manajer untuk menjelaskan fungsi dan tujuan dari pengimplementasian sanksi tersebut; bahwa sanksi tidak akan diberlakukan pada karyawan yang tidak melanggar peraturan (Zulkani, 2017).

Pada RSUD Kota Makassar, belum ada sanksi/hukuman yang tersedia terkait insiden keselamatan pasien. Hanya diberikan berupa teguran, apabila terjadi hal yang berkaitan dengan insiden keselamatan pasien. Hal ini disebabkan apabila diberikan sanksi, maka perawat akan lebih takut untuk melapor dan terjadi *blaming culture*.

Hasil penelitian Putri dalam (Zulkani, 2017) terkait dimensi sanksi terhadap kesalahan, diketahui pemberian sanksi kepada unit kerja atau individu yang melakukan kesalahan adalah hal paling sulit dilakukan oleh pihak rumah sakit. Sanksi terhadap kesalahan harus digunakan sebagai pelajaran yang berharga dan jika perlu disertai dengan sanksi yang sesuai dengan prosedur untuk mencegah terjadinya atau terulangnya kekeliruan yang



sama. Tetapi hal ini harus dijauhkan dengan *blaming culture*, melainkan sebagai upaya untuk perbaikan dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien.

Adanya kebijakan diharapkan mampu memberikan pengaruh dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien, tetapi juga butuh komitmen dan kesadaran dari individu masing-masing untuk menerapkan SOP dan lebih berhati-hati dalam memberikan pelayanan. Hal ini juga berlaku dengan pernyataan mengenai kebijakan bukan menjadi hambatan dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien, karena menjadi penunjang dalam setiap pemberian tindakan.

Dari pembahasan mengenai kebijakan di atas, diketahui yang menjadi *context* adalah ketersediaan kebijakan mengenai sistem pelaporan dan insiden keselamatan pasien, belum adanya sanksi/hukuman terkait insiden keselamatan pasien, kebijakan berpengaruh dalam pencapaian angka standar insiden, dan bukan menjadi hambatan dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien.

## 2. *Mechanism*

Pada *mechanism*, aspek ini lebih memaparkan tentang proses yang muncul akibat interaksi program yang spesifik. Dalam hal ini, dengan melihat proses yang terjadi pada kepemimpinan, komunikasi,



dan kerja tim terkait pencapaian insiden keselamatan pasien pada komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar.

#### a. Kepemimpinan

Ada 3 domain perilaku kepemimpinan yang mampu menjadi agen perubahan (*change agent*) bagi perilaku anggota dalam suatu organisasi yakni pengarahan (*direction*), pengawasan (*supervision*), serta koordinasi (*coordination*). Kepemimpinan adalah suatu proses pengarahan dan pemberian pengaruh pada kegiatan-kegiatan dari sekelompok anggota yang saling berhubungan tugasnya. Kepemimpinan bagian yang terpenting dari manajemen yaitu merupakan kemampuan yang dimiliki seseorang untuk mempengaruhi orang-orang lain agar bekerja mencapai tujuan dan sasaran. Direktur dan wakil direktur pelayanan dengan memberikan pengarahan ke bawahannya yaitu perawat dengan memberi penugasan, perintah, kebijakan, peraturan, standar tentang keselamatan pasien yang harus dilakukan dengan baik untuk mengurangi terjadi kecelakaan pada pasien (Bardan, 2017).

##### 1) Pengarahan

Pengarahan mengacu kepada penugasan, perintah, kebijakan, peraturan, standar, pendapat, saran, dan pertanyaan untuk mengarahkan perilaku bawahan. Kebijakan prosedur, standar, dan tugas menjadi alat dalam memimpin orang lain



untuk menghasilkan perilaku yang diinginkan. Pendelegasian tugas merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari pengelolaan ruangan. Pendelegasian digolongkan menjadi 2 jenis yaitu terencana dan insidental. Pendelegasian terencana adalah pendelegasian yang memang otomatis terjadi sebagai konsekuensi sistem penugasan yang diterapkan di ruang rawat inap, bentuknya dapat pendelegasian tugas kepala ruang kepada ketua tim, kepada penanggung jawab *shift*. Pendelegasian insidental terjadi bila salah satu personil ruang rawat inap berhalangan hadir, maka pendelegasian tugas harus dilakukan (Bardan, 2017).

Terkait pendelegasian wewenang kepala ruangan maupun ketua KMKP terhadap bawahannya di RSUD Kota Makassar mengenai pencapaian insiden keselamatan pasien diketahui bahwa direktur dan wadir pelayanan telah mendelegasikan wewenangnya agar menerapkan keselamatan pasien dalam pencapaian insiden di instalasi tersebut tetapi biasanya ada perawat yang masih takut untuk melaporkan masalah keselamatan pasien karena tidak pernah ditindaklanjuti untuk laporan tersebut sehingga membuat hasil pelaporan belum maksimal.

Studi penelitian Katz & Navon et al tahun 2005 telah menunjukkan bahwa kepemimpinan yang baik mempunyai





hubungan yang signifikan dengan perilaku keamanan kerja yang lebih baik dan menurunkan angka kecelakaan serta meningkatkan kepatuhan terhadap keselamatan. Sebuah penelitian lain Shipton et al tahun 2008 di Inggris mengungkapkan bahwa persepsi staf tentang efektivitas kepemimpinan manajer senior memiliki hubungan dengan menurunnya keluhan pasien dan meningkatnya kepemimpinan klinik. Berdasarkan hal tersebut untuk menciptakan budaya keselamatan pasien maka seluruh lapisan mulai dari komitmen pimpinan sampai karyawan harus dibenahi. Oleh karena itu, model kepemimpinan yang paling sesuai adalah model kepemimpinan transformasional. Kepemimpinan transformasional adalah sebuah proses dimana pimpinan dan para bawahannya berusaha untuk mencapai tingkat moralitas dan motivasi yang lebih tinggi, hal ini berbeda dengan model kepemimpinan transaksional untuk memotivasi agar bawahan melakukan tanggung jawab mereka, para pemimpin transaksional sangat mengandalkan pada sistem pemberian penghargaan dan hukuman kepada bawahannya (Bardan, 2017).

Pemimpin mempunyai tugas sebagai supervisi. Supervisi merupakan bagian penting dari manajemen, karena dengan supervisi dapat mengatasi masalah dalam organisasi dengan



cepat. Tugas pengawasan atau supervisi tidak bisa dipisahkan dari fungsi kepemimpinan. Seorang supervisor juga harus mampu memotivasi karyawan dalam bekerja dan menyelesaikan tugas-tugas misalnya dengan memberikan pujian atau penghargaan atas apa yang telah dilakukan oleh karyawan dengan hasil yang baik dan sesuai dengan apa yang diharapkan. Hal tersebut selain dapat memacu semangat kerja karyawan juga dapat meningkatkan kepuasan kerja karyawan seperti memberikan penghargaan. Penghargaan adalah salah satu ganjaran yang diberikan untuk memotivasi para karyawan agar produktivitasnya tinggi (Zulkani, 2017).

Menurut Jiunkpe dalam (Bardan, 2017) bahwa pemberian *reward* (penghargaan) terhadap perawat merupakan suatu imbalan yang diberikan dalam bentuk material dan non material seperti pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. Sebuah ucapan terima kasih dapat dijadikan sebuah *reward*. Kekuatan ucapan terima kasih ini memberikan arti dan manfaat yang sangat luar biasa. Pekerjaan yang dimotivasi dengan ucapan terima kasih oleh seorang atasan kepada bawahan, dapat menjadi sumber inspirasi kedisiplinan waktu untuk menyelesaikan pekerjaan tersebut.

Terkait pemberian penghargaan oleh pihak rumah sakit maupun kepala instalasi itu sendiri bagi yang memiliki kinerja



baik dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien, karyawan di RSUD Kota Makassar tidak pernah diberikan penghargaan untuk yang memiliki kinerja baik, hanya berupa ucapan terima kasih. Walaupun mendapatkan ucapan terima kasih, namun menurut informan, ucapan kata terima kasih bukan termasuk *reward*.

Hasil penelitian (Sanjaya & Ketut, 2013) di Rumah Sakit Umum Puri Raharja dalam melaksanakan program penerapan keselamatan pasien, pihak manajemen rumah sakit sudah melakukan *planning* yang baik untuk menyusun program keselamatan pasien. Meskipun perencanaan sudah dilaksanakan dengan baik namun *output* dari program tersebut kurang maksimal. Dalam menjalankan fungsi manajemen, seorang manajer diharapkan memiliki kemampuan yang cukup dalam mengorganisasikan pegawainya. Salah satu kemampuan yang dimaksud adalah kemampuan motivasi sumber daya manusia yang ada. Manajer dan asisten keperawatan, serta dari pihak komite keselamatan pasien sebaiknya memberikan motivasi untuk menimbulkan dorongan kepada perawat. Dengan diberikannya motivasi seperti adanya penghargaan yang berikan kepada perawat, diharapkan perawat akan bersemangat dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien.



Menurut Achmad. R dalam (Bardan, 2017) bahwa penggunaan Sistem Manajemen Kinerja sebagai dasar bagi kebijakan pemberian *reward* yang umum disebut *Merit System* ataupun untuk dasar bagi pembagian bonus, imbalan, serta pujian tadi bisa dikatakan bahwa dengan adanya pemberian *reward* maka akan memberikan motivasi bagi karyawan untuk berlomba-lomba memberikan prestasi kinerja yang baik.

Pernyataan-pernyataan di atas menjelaskan bahwa penghargaan merupakan salah satu kebutuhan pokok bagi karyawan, selain sebagai motivasi kerja yang tinggi, penghargaan juga memberikan arti bahwa karyawan tersebut dianggap ada dalam perusahaan, terutama karyawan yang telah lama berkontribusi bagi kelangsungan hidup perusahaan. Selain bagi karyawan lama, pemberian penghargaan tersebut juga sangat berarti bagi karyawan yang berusaha keras untuk mencapai prestasi kerja yang baik. Dengan adanya penghargaan, karyawan akan merasa bahwa usahanya dalam berprestasi dihargai oleh perusahaan, dan hal ini tentu memacu dan memotivasi karyawan untuk berkontribusi dan berprestasi lebih baik lagi.

## 2) Supervisi

Supervisor merupakan perilaku kepemimpinan yang berfungsi untuk memeriksa pekerjaan, mengevaluasi kerja,



memeriksa pekerjaan. Menurut Sujono dalam (Bardan, 2017) mengatakan bahwa supervisi merupakan upaya untuk membantu pembinaan dan peningkatan kemampuan pihak yang di supervisi agar mereka dapat melaksanakan tugas kegiatan yang telah ditetapkan secara efisien dan efektif.

Motivasi adalah dorongan alamiah yang terdapat dalam diri responden untuk berkeinginan mendukung atau tidak mendukung penerapan *patient safety*. Konsep motivasi merupakan sebuah konsep penting dalam studi tentang kinerja individual. Dengan kata lain, motivasi merupakan sebuah determinan penting bagi kinerja individual dimana makin meningkatnya motivasi seorang individu maka makin meningkat pula kinerja yang dilakukan.

KMKP di RSUD Kota Makassar telah memberikan bimbingan dan dorongan terkait pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien dan untuk mengurangi angka kecelakaan pasien. Walaupun tidak dilakukan secara berkala dan merata.

Hasil penelitian ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sihotang dalam (Bardan, 2017) di Rumah Sakit Umum Doloksanggul yang meneliti hubungan motivasi kerja terhadap kinerja perawat dalam memberikan pelayanan untuk pasien. Berdasarkan data deskriptif penelitian tersebut



menunjukkan bahwa prestasi perawat dalam kategori baik dan lebih banyak yang menyatakan bahwa dengan peningkatan motivasi akan meningkatkan kinerja perawat. Berdasarkan hal tersebut, KMKP perlu berperan secara aktif dalam memberikan bimbingan dan dorongan ke setiap unit.

Selain itu, pelaksanaan pengawasan pada dasarnya merupakan tanggung jawab manajemen rumah sakit. Keberhasilan pengawasan sangat dipengaruhi oleh supervisor. Dalam hal ini pengawasan dilakukan oleh pihak KMKP. Komite tersebut selalu melakukan pengawasan dengan melihat data-data keselamatan pasien, apabila ada hal yang bermasalah mereka langsung memanggil kepala instalasi atau kepala ruangan yang terkait agar menjelaskan penyebab terjadinya masalah tersebut dan untuk bisa dicarikan solusi dan agar tidak terulang kembali untuk hal yang sama. Walaupun, hal ini juga tidak dilakukan secara dari KMKP.

Sesuai dengan fungsi pengawasan dan pengendalian (*controlling*) yang dilakukan untuk menilai sejauh mana program kerja yang sudah dilaksanakan sesuai dengan standar keselamatan pasien. Monitoring dan evaluasi ini harusnya dilakukan secara berkala untuk mengetahui kendala apa saja yang dijumpai pada saat proses berlangsung. Monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien



sangat penting untuk dilakukan. Bila hasil tidak sesuai dengan apa yang diharapkan, maka pihak manajemen dapat mengembangkan lingkungan kerja yang positif untuk menjamin keselamatan pasien (Sulahyuningsih et al., 2017).

Dalam hal ini, perlunya dilakukan pengawasan secara berkala oleh pihak KMKP ke setiap unit untuk mengetahui pencapaian ataupun masalah yang ditimbulkan terkait insiden keselamatan pasien.

### 3) Koordinasi

Kegiatan kepemimpinan yang mencakup semua kegiatan yang memungkinkan staf untuk bekerja bersama secara harmonis. Koordinasi penting dilakukan untuk keberhasilan suatu organisasi kesehatan. Umumnya koordinasi kegiatan sfat terjadi selama pertemuan kelompok kerja utama karena beberapa anggota mengkhususkan diri dalam tugas terkait, seperti kegiatan menyempurnakan tujuan, identifikasi masalah, dan analisis data.

Pemberian kebebasan pendapat kepada karyawan sangat diperlukan agar dalam pengambilan keputusan dapat tercapai dengan baik. Dalam pengambilan keputusan tersebut juga, sangat baik bagi pemimpin dalam melibatkan karyawannya, sehingga tercipta suasana kerja yang baik. Pada RSUD Kota Makassar, karyawan selalu dilibatkan dan diminta pendapat



yang dapat dijadikan masukan ataupun saran dalam membuat keputusan terkait pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien dirumah sakit.

Partisipasi dalam pengambilan keputusan merupakan suatu penerapan manajemen sumber daya manusia yang memberikan tanda kepada karyawan bahwa mereka dihargai oleh perusahaan. Karyawan dapat berpartisipasi secara langsung maupun tidak langsung dalam pengambilan keputusan dan memiliki kesempatan untuk mempengaruhi keputusan yang ada dalam berbagai tingkat organisasi. Karyawan merasa menjadi bagian dari organisasi ketika mereka berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang menyangkut masa depan perusahaan. Melalui partisipasi ini, karyawan mulai melihat perusahaan sebagai refleksi dari keputusan mereka. Keterlibatan karyawan juga membangun loyalitas karena dengan melibatkan karyawan dalam pengambilan keputusan berarti perusahaan mempercayai karyawannya (Bardan, 2017).

Dari pembahasan mengenai kepemimpinan di atas, diketahui yang menjadi *mechanism* adalah pendelegasian wewenang kepada bawahan terkait insiden keselamatan pasien, tidak adanya reward/penghargaan yang diberikan sehingga kurang memotivasi karyawan, pemberian bimbingan, dorongan, dan pengawasan yang masih kurang dilakukan oleh





KMKP terkait insiden keselamatan pasien, sehingga bisa dikatakan implementasi komite keselamatan pasien belum efektif dalam pencapaian insiden di rumah sakit.

#### **b. Komunikasi**

Faktor komunikasi dianggap sebagai faktor yang amat penting, karena menjembatani antara masyarakat dengan pemerintah dalam pelaksanaan kebijakan sehingga dapat diketahui apakah pelaksanaan kebijakan berjalan dengan efektif dan efisien tanpa ada yang dirugikan. Rumah sakit mempunyai tugas untuk menyampaikan informasi mengenai kebijakan keselamatan pasien kepada seluruh pelaksana kebijakan selaku obyek kebijakan (Bardan, 2017).

Komunikasi harus disampaikan dengan jelas dan akurat agar mudah dimengerti dan berjalan sesuai dengan tujuan kebijakan. Komunikasi memegang peranan penting karena mereka yang melaksanakan keputusan harus mengetahui apa yang akan mereka lakukan. Hal ini menyangkut penyampaian atau penyebaran informasi, kejelasan dan konsistensi dari informasi yang disampaikan. Tentunya komunikasi sangat berperan penting dalam mencegah terjadinya berbagai macam interpretasi terhadap setiap kebijakan yang telah dikeluarkan, agar mampu meminimalisir dampak yang mungkin timbul akibat tidak



terjalinya komunikasi dengan baik antara pemberi pesan dengan penerima pesan (Khaerah, 2018).

Pada RSUD Kota Makassar diketahui masih kurangnya komunikasi maupun sosialisasi yang dilakukan oleh pihak komite keselamatan pasien terkait sistem pelaporan dan insiden keselamatan pasien di rumah sakit. Pihak pelaksana kebijakan dalam hal ini dokter, perawat dan staf medis menganggap jika sosialisasi yang dilakukan belum merata. Hal ini disebabkan penyampaian informasi atau sosialisasi yang dilakukan mengenai sistem pelaporan dan insiden keselamatan pasien hanya didapatkan oleh beberapa pihak.

Berdasarkan waktu pelaksanaan sosialisasi, informan lain menyatakan bahwa sosialisasi hanya dilakukan pada saat rumah sakit ingin akreditasi. Walaupun ada yang beranggapan kurang merata sosialisasinya, akan tetapi dari pihak komite keselamatan pasien sendiri beranggapan telah dilakukan sosialisasi bersamaan dengan bagian mutu karena menjadi bagian dari KMKP. Sebaiknya sosialisasi mengenai sistem pelaporan dan insiden keselamatan pasien dilakukan secara rutin kepada seluruh tim mulai dari dokter, dokter spesialis, perawat, tim gizi, dan tim farmasi.

Selain sosialisasi terkait hal tersebut, juga diperlukan sosialisasi kepada tiap unit mengenai peran dari komite



keselamatan pasien harus dilakukan agar semua petugas khususnya petugas kesehatan mengetahui apa yang menjadi uraian tugas, wewenang dan tanggung jawab dari komite. Sebagian informan, petugas di tiap unit, dan juga anggota komite keselamatan pasien itu sendiri, belum tahu dan tidak memahami peran dari komite keselamatan pasien, bahkan belum tahu keberadaan komite ini di rumah sakit. Hal ini disebabkan belum dilakukan sosialisasi terkait peran komite keselamatan pasien.

Hal ini sesuai dengan penelitian (Sulahyuningsih et al., 2017) bahwa keterbatasan dalam pemahaman dan adanya ketidaksesuaian peran dari komite keselamatan pasien, terjadi akibat kurangnya keterpaparan terhadap informasi. Pendidikan dan pelatihan terkait peran komite perlu dilakukan, sehingga pengurus komite mengerti dan dapat menjalankan perannya sesuai tugas, tanggung jawab dan wewenang.

Selain dari sosialisasi, dalam komunikasi perlu adanya umpan balik yang diterima. Umpan balik dalam proses komunikasi adalah sebuah balasan yang dikirimkan oleh komunikan kepada komunikator, setelah menerima pesan dari sang komunikator. Umpan balik disini biasanya berbentuk langsung setelah si komunikan menerima pesan. Maka sebagai komunikator, kita akan dapat langsung mengetahui apakah tujuan dari pesan kita tersampaikan atau tidak (Bardan, 2017)



Terkait umpan balik positif yang didapatkan apabila ada suatu kejadian yang dilaporkan di RSUD Kota Makassar, hal itu tidak selalu diberikan dan ditindaklanjuti oleh pihak komite keselamatan pasien. Umpan balik terkait dengan keselamatan kepada pihak komite keselamatan pasien dirasakan masih kurang bahkan oleh tenaga pelaksana dirasakan tidak terlalu baik.

Hal tersebut didukung oleh penelitian (Bardan, 2017) di Instalasi Rawat Inap RSUD Inche Abdoel Moeis yang menyatakan bahwa pihak manajemen tidak pernah memberikan timbal balik apabila adanya pelaporan kejadian pasien, serta tidak adanya tindak lanjut dari pelaporan tersebut. Berbeda dengan hasil penelitian (Aris, 2013) pada dimensi timbal balik kesalahan di RS PKU Muhammdiyah dalam interpretasi baik. Hal ini menunjukkan bahwa apabila terjadi suatu kesalahan medis maka akan diberikan respon yang baik terhadap laporan tersebut. Kesalahan akan segera dicari jalan keluarnya. Setelah kejadian selesai maka akan dievaluasi terhadap kasus yang terjadi dan akan dicari cara pencegahan agar kesalahan tersebut tidak terulang kembali.

Transfer informasi dan tanggung jawab penting untuk perawatan pasien dari satu ke penyedia layanan kesehatan lain dan merupakan komponen integral dari komunikasi dalam perawatan kesehatan. Titik kritis perpindahan ini dikenal sebagai



*handover* atau *handoff* atau serah terima pasien. Serah terima pasien yang efektif mendukung informasi penting dan kontinuitas perawatan dan pengobatan. *Handover* ini bertujuan untuk menyampaikan informasi dari setiap pergantian *shift* serta memastikan efektifitas dan keamanan dalam perawatan pasien (Bardan, 2017). Tujuan penelitian diatas adalah untuk menggali peran *handover* dalam meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit.

Pada RSUD Kota Makassar, informasi perawatan pasien yang penting selalu tersedia saat pergantian *shift* yaitu dapat disimpulkan bahwa informasi tersebut selalu tersedia untuk mengingatkan para staf yang sedang atau akan bertugas untuk pergantian *shift*.

Selain itu, bentuk komunikasi yang dilakukan di rumah sakit terkait keselamatan pasien adalah diskusi mengenai suatu masalah yang terjadi di rumah sakit. Melalui diskusi, kita dilatih untuk berpikir kritis, logis dan sistematis. Dengan berdiskusi kita dapat berlatih menggunakan pengetahuan dan gagasan-gagasan kita untuk menyampaikan pendapat, mempertahankan pandangan-pandangan, mengatakan setuju atau menolak pandangan orang lain dengan cara-cara yang baik. Melalui diskusi pula kita dilatih untuk menghargai orang lain walaupun kita berbeda pendapat atau pandangan dan bisa mencari jalan keluar.



Keselamatan pasien (*patient safety*) rumah sakit merupakan suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut terdiri dari: assesmen resiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan resiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya resiko. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Bardan, 2017).

Terkait diskusi bagaimana cara mencegah terjadinya kesalahan atau Kejadian Tidak Dinginkan di RSUD Kota Makassar, diketahui untuk instalasi memang selalu berdiskusi cara mencegah terjadinya kesalahan atau KTD untuk mengurangi insiden kecelakaan pada pasien. Selain itu, mereka selalu mendiskusikannya bersama dan dicari jalan keluar dengan pihak manajemen agar tidak terjadi lagi masalah yang sama dikemudian hari. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien dengan menggunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan yang didiskusikan bersama.

Operan merupakan komunikasi antar perawat yang berisi tentang laporan kegiatan dan rencana kegiatan yang dilakukan



kepada pasien selama *shift*. Komunikasi harus efektif dan akurat agar tugas-tugas yang akan di lanjutkan oleh perawat selanjutnya berjalan dengan baik menurut Sugiharto dalam (Bardan, 2017).

Adapun tentang masalah yang pernah terjadi sewaktu operan antar unit yaitu dapat disimpulkan bahwa pernah ada masalah tetapi hanya masalah kecil yang dapat segera diselesaikan oleh unit tersebut dan juga tidak mempengaruhi kinerja karyawan.

Pelaksanaan serah terima pasien dilakukan berawal dari kantor perawat kemudian dilanjutkan ke ruangan pasien dengan seluruh staf keperawatan. Pelaksanaan serah terima pasien juga dilakukan pada saat pertukaran *shift* yaitu *shift* pagi, siang, dan malam, informasi yang diberikan mencakup nama pasien, usia, diagnosa serta asuhan keperawatan dengan menggunakan model ISOBAR (*Identification of patient, Situation and status, Observations, Background and history, assessment and action, Responsibility and risk Management*) (Bardan, 2017).

Dari pembahasan mengenai komunikasi diatas, diketahui yang menjadi *mechanism* adalah sosialisasi rutin dari KMKP terkait insiden keselamatan pasien dan sistem pelaporan masih kurang dilakukan di setiap unit, masih ada masalah terkait umpan balik yang diberikan terkait kejadian yang dilaporkan, dilakukan pertukaran informasi saat pergantian *shift*, diskusi bersama dalam mencegah masalah dan setiap terjadi masalah terkait pasien, serta



tidak ada masalah besar yang pernah terjadi sewaktu operan antar unit.

### c. Kerja Tim

Kerjasama dalam tim adalah salah satu pilar mutu selain *scientific approach* dan *continuous quality improvement* dalam memberikan pelayanan yang bersifat *customer focus*, termasuk dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien. Pekerjaan yang besar dan berat dapat diselesaikan dengan baik bila ada kerjasama dalam tim (Bardan, 2017). Untuk menurunkan angka insiden keselamatan pasien, perlu dilakukan kerjasama dengan setiap unit yang ada di rumah sakit. Menurut Baker et al dalam (Amirullah et al., 2014), kerja tim sangat dibutuhkan di antara tim medis untuk meningkatkan keselamatan pasien melalui pengurangan kesalahan-kesalahan akibat adanya kerjasama tim antara petugas medis.

Terkait bentuk kerjasama KMKP dengan unit lain di RSUD Kota Makassar dalam menurunkan insiden keselamatan pasien, dapat disimpulkan bahwa bentuk kerja sama yang dilakukan berupa penanganan masalah jika ada kejadian ataupun dari laporan masing-masing unit yang dibuat kemudian diselesaikan dalam rapat dan pembuatan area fokus penanganan masalah. Dalam hal ini, kerjasama dengan KMKP hanya sebatas pelaporan yang dibuat unit pelayanan di rumah sakit terkait insiden





keselamatan pasien bukan dalam hal pemberian pelatihan ataupun sosialisasi secara rutin, sehingga kerjasama belum berjalan dengan baik.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Napitupulu et al., 2017) terkait budaya keselamatan pasien ditinjau dari aspek organisasi bahwa TKPRS belum mengkomunikasikan hasil tindak lanjut insiden keselamatan pasien kepada semua staf, simulasi dan pelatihan belum diberikan kepada semua staf. Belum melakukan pemberian informasi tentang hasil tindak lanjut insiden keselamatan pasien kepada semua staf di rumah sakit. Dalam hal ini, kerjasama yang dilakukan belum berjalan dengan baik.

Selain itu, faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien adalah: faktor eksternal/luar rumah sakit, faktor organisasi dan manajemen, faktor lingkungan kerja, faktor tim, faktor petugas & kinerja, faktor tugas, faktor pasien, dan faktor komunikasi. Sebagaimana dinyatakan Flippo dalam (Bardan, 2017), kondisi kerja yang nyaman aman dan menarik merupakan keinginan karyawan untuk dipenuhi perusahaan.

Pembagian kerja merupakan salah satu faktor yang paling penting karena adanya pembagian kerja akan dapat memberikan kejelasan bagi para karyawan untuk dapat melaksanakan tugasnya dengan baik sesuai dengan beban kerja yang menjadi tanggung



jawab serta mencegah kemungkinan terjadinya tumpang tindih pekerjaan, pemborosan dan saling melempar tanggung jawab bilamana terjadi kesalahan dan kesulitan. Namun pembagian kerja harus diikuti dengan penempatan karyawan pada tempat yang tepat (*The right man on the right place*) (Zulkani, 2017).

Terkait kenyamanan saat pembagian tugas dengan rekan kerja di RSUD Kota Makassar diketahui bahwa karyawan sangat nyaman dan tidak pernah merasa kesusahan saat pembagian tugas dengan rekan kerja karena mereka merasa hal tersebut sudah adil.

Hasil tersebut sejalan dengan penelitian Herni dalam (Zulkani, 2017) yang menunjukkan bahwa besarnya pengaruh pembagian kerja menunjukkan besaran nilai signifikan kinerja pegawai secara optimal artinya pengaruh pembagian kerja terhadap kinerja pegawai menunjukkan pengaruh positif. Nilai tersebut menunjukkan bahwa pembagian kerja yang dilakukan oleh pimpinan terhadap bawahan telah dijalankan secara penuh. Pimpinan telah melakukan pembagian kerja secara konsisten dan terprogram sedemikian rupa, sehingga kinerja pegawai meningkat, hal ini diketahui dari evaluasi yang dilakukan secara rutin. Melihat kenyataan di lapangan pelaksanaan pembagian kerja ini telah dilakukan dengan penuh kesungguhan dengan tujuan untuk meningkatkan kinerja pegawai secara menyeluruh.



Sehubungan dengan pelayanan di rumah sakit, sistem yang bagian-bagiannya adalah unit yang ada harus berfungsi dengan baik. Fungsi ini memungkinkan adanya kesatuan, keterpaduan antar unit, antar pejabat serta keharmonisan antar organisasi. Agar rumah sakit dapat mencapai tujuannya, maka fungsi koordinasi memegang peranan penting dalam prosesnya, sehingga mampu menciptakan kualitas pelayanan yang optimal bagi para pasien.

Pada RSUD Kota Makassar, sebagian besar karyawan memiliki kemampuan berkoordinasi dengan baik untuk mewujudkan pelayanan pasien yang baik yaitu dapat disimpulkan bahwa mereka sangat mampu berkoordinasi dengan baik dengan saling membantu rekan kerja karena hal tersebut sudah menjadi kewajiban mereka untuk mewujudkan pelayanan pasien yang sesuai dengan prosedur keselamatan pasien.

Willian dalam (Bardan, 2017) menyampaikan bahwa hal yang perlu dinilai pada karyawan rumah sakit meliputi pengetahuan tentang pekerjaan, produktivitas, kemampuan menyelesaikan tugas, perilaku dalam pekerjaan, kemampuan mengambil keputusan dan hubungan kerjasama dengan orang lain. Dengan demikian, koordinasi antar unit dan antar profesi bentuk interaksi dan hubungan kerjasama antara satu unit dengan unit yang ada pada organisasi menjadi penting. Kinerja layanan kesehatan sebagai ukuran hasil kerja pegawai dalam memberikan pelayanan



kesehatan, dan kepuasan merupakan salah satu tujuan dari pemberian pelayanan kesehatan.

Dari pembahasan mengenai kerja tim diatas, diketahui yang menjadi *mechanism* adalah bahwa kerjasama KMKP dengan unit lain hanya sebatas pelaporan yang dibuat unit pelayanan di rumah sakit terkait insiden keselamatan pasien, sehingga belum dilakukan kerjasama yang lebih baik, tidak pernah merasa kesusahan saat pembagian tugas dengan rekan kerja, dan dilakukan koordinasi dengan baik di rumah sakit dengan saling membantu rekan kerja.

### 3. *Outcome*

Pada *outcome*, aspek yang dikaji yakni mengenai perubahan yang terjadi akibat interaksi antara *context* dan *mechanism*. Ditujukan untuk melihat hasil yang dicapai dalam penyelenggaraan program tersebut.

Secara struktur organisasi, komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar berada dibawah naungan KMKP. Sehingga, perlunya komite tersebut menjalankan tupoksi sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan. Selain itu, latar belakang dibentuknya komite keselamatan pasien karena akreditasi, baik itu sebagai tuntutan menjadi suatu instansi, maupun faktor dalam peningkatan mutu serta keselamatan pasien. Oleh karena KKP dibentuk pada saat akreditasi, komite ini belum berjalan dengan baik. Hal ini disebabkan, masih



ada perawat dan kepala ruangan yang tidak mengetahui adanya komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar.

Adapun beberapa orang yang menjadi bagian dari komite keselamatan pasien tidak mengetahui bahwa mereka menjadi anggota atau bagian dari KKP itu sendiri. Sehingga, komite keselamatan pasien belum bisa berjalan sesuai dengan tupoksinya karena informasi terkait anggota yang berada didalamnya pun masih tidak diketahui. Hal ini sejalan dengan penelitian dari (Sulahyuningsih et al., 2017) terkait analisis manajemen keselamatan pasien pada komite PMKP di RSUD Sumbawa yang beranggapan bahwa adanya keterbatasan dalam pemahaman dan adanya ketidaksesuaian peran dari komite PMKP, terjadi akibat kurangnya keterpaparan terhadap informasi.

Sehubungan dengan kurangnya informasi terkait peran dan anggota yang menjadi bagian dari KKP, program-program dari KKP juga kurang diketahui oleh karyawan, dan yang diketahui hanya sasaran keselamatan pasien yang menurut beberapa informan hal tersebut menjadi program dari KKP. Sehingga, dengan hal tersebut dapat dikatakan komite keselamatan pasien belum berjalan sesuai dengan yang diharapkan.

Terkait kinerja komite keselamatan pasien bahwa yang menjadi faktor KKP belum berjalan dengan baik yaitu dari segi kualitas SDM yang masih kurang mendapatkan pelatihan terkait insiden



keselamatan dan sistem pelaporan (anggota KKP maupun yang bukan anggota) serta tidak adanya SDM yang purnawaktu dalam KKP sehingga tidak mampu bekerja maksimal dalam menjalankan programnya.

Selain itu, dukungan dari semua pihak yang ada di rumah sakit, terutama pimpinan karena tidak adanya perhatian khusus yang diberikan kepada KKP. Hal ini sesuai dengan Permenkes RI No.11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien yang membahas standar keselamatan pasien. Salah satunya mengenai peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien yaitu mendorong dan menjamin implementasi keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien. Dalam tujuh langkah menuju keselamatan pasien tersebut juga terdapat mengenai memimpin dan mendukung staf (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017). Dengan adanya dukungan dari pimpinan, juga mampu membuat komite tersebut berjalan dengan baik.

Kerjasama KKP dengan unit lain juga menjadi salah satu faktor, walaupun tidak ada masalah terkait kerjasama antar unit lain, tetapi untuk kerjasama KKP dengan unit lain masih menjadi kendala terutama terkait pemberian pemahaman mengenai sistem dan budaya pelaporan ke setiap unit dalam bentuk sosialisasi. Dengan adanya hal



tersebut, diharapkan tidak terjadi lagi *blaming culture*, menambah motivasi, dan kepatuhan karyawan untuk melaporkan.

Disamping itu, kesadaran dari individu untuk melaporkan dianggap masih kurang. Hal ini juga menjadi salah satu yang berhubungan dengan rasa takut untuk melapor. Walaupun terjadi penurunan angka insiden keselamatan pasien, beberapa karyawan beranggapan bahwa hal itu disebabkan karena mungkin saja beberapa ada yang tidak ingin melaporkan karena takut untuk disalahkan. Sehingga bisa dikatakan *blaming culture* itu seperti gunung es, sedikit yang terlihat, namun bawahnya lebih banyak lagi karena takut melapor dan takut disalahkan. Padahal semakin banyak yang dilaporkan, maka semakin bagus rumah sakit tersebut untuk mengevaluasi kedepannya.

Adapun koordinasi antar anggota KKP menjadi salah satu faktor, karena belum adanya keterlibatan satu sama lain dalam perannya sebagai anggota KKP. Hal ini disebabkan karena SDM yang ada di KKP belum purnawaktu, sehingga dianggap kurang berpartisipasi. Akan tetapi, untuk koordinasi antar unit lain telah berjalan dengan baik.

Dari faktor-faktor yang berkaitan dengan kinerja KKP dalam pencapaian insiden keselamatan pasien, hal tersebut juga berkaitan dalam Permenkes No. 11 Tahun 2017 tentang keselamatan pasien yang mengenai standar keselamatan pasien dan tujuh langkah



menuju keselamatan pasien. Standar keselamatan pasien tersebut yaitu hak pasien; pendidikan bagi pasien dan keluarga; keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan; penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan keselamatan pasien; peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien; pendidikan bagi staf tentang keselamatan pasien; dan komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Sedangkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien yaitu membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien; memimpin dan mendukung staf; mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko; mengembangkan sistem pelaporan; melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien; belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien; dan mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

Pada komite ini, juga masing kurang dalam hal *controlling*, sehingga beberapa informan beranggapan tidak mengetahui *feedback* dari pelaporan yang dibuat. Hal ini juga disebabkan salah satunya dari KKP yang baru dibentuk. Walaupun beberapa informan juga ada yang mengatakan telah dilakukan pengawasan melalui data pelaporan setiap unit, tapi hal itu masih dianggap kurang oleh beberapa informan yang lain. Berkaitan dengan hal tersebut, perlu dilakukan evaluasi secara berkala ke setiap unit. *Monitoring* dan





evaluasi dilakukan sebagai tindak lanjut dari program-program yang sudah dilakukan.

Hal ini sejalan dengan penelitian (Sulahyuningsih et al., 2017) terkait analisis manajemen keselamatan pasien pada komite PMKP di RSUD Sumbawa yang beranggapan bahwa di rumah sakit tersebut belum dapat dilakukan monitoring dan evaluasi terkait peran komite PMKP dalam manajemen keselamatan pasien. Hal ini disebabkan karena komite PMKP yang baru terbentuk di rumah sakit dan pelaksanaan SKP masih dalam tahap sosialisasi.



## **BAB VI**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dijelaskan pada bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan beberapa hal, yang diantaranya adalah:

1. Hasil analisis kinerja komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar terkait konteks (*context*) diketahui bahwa pada variabel sumber daya manusia yaitu masih kurang terlibat dalam KKP, pelatihan berkala yang didapatkan masih kurang, serta *blaming culture* dan pemberian insentif memberikan pengaruh dalam pelaporan insiden keselamatan pasien. Sedangkan pada variabel kebijakan, diketahui telah tersedia SOP mengenai sistem pelaporan dan insiden keselamatan pasien, akan tetapi belum adanya sanksi/hukuman terkait insiden keselamatan pasien.
2. Hasil analisis kinerja komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar terkait mekanisme (*mechanism*) diketahui bahwa pada variabel kepemimpinan yaitu tidak adanya *reward*/penghargaan yang diberikan sehingga kurang memotivasi karyawan, serta monitoring dan evaluasi rutin masih kurang dilakukan oleh pihak KMKP. Pada variabel komunikasi yaitu sosialisasi rutin terkait insiden keselamatan pasien dan sistem pelaporan masih kurang dilakukan di setiap unit. Sedangkan pada variabel kerja tim yaitu



kerjasama KMKP dengan unit lain hanya sebatas pelaporan yang dibuat unit pelayanan di rumah sakit terkait insiden keselamatan pasien, sehingga belum dilakukan kerjasama yang lebih baik.

3. Hasil analisis kinerja komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar terkait hasil (*outcome*) diketahui bahwa implementasi komite keselamatan pasien belum efektif dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien di rumah sakit karena dibentuk hanya untuk mendukung akreditasi pada saat itu, kinerja komite keselamatan pasien masih kurang dalam pencapaian tersebut karena belum tersedia SDM yang purnawaktu pada komite keselamatan pasien. Sehingga tidak ada yang benar-benar bekerja di dalam komite tersebut dan tidak berjalan dengan baik.

## B. Saran

Dengan adanya masalah yang dihadapi terkait kinerja komite keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar maka disarankan:

1. Pihak atasan atau pimpinan di RSUD Kota Makassar, dalam hal ini Direktur dan Wakil Direktur Pelayanan diharapkan dapat berperan aktif dalam memberikan dukungan kepada KMKP khususnya komite keselamatan pasien agar dapat berjalan dengan baik.
2. Pihak RSUD Kota Makassar perlu memberikan sosialisasi terkait peran komite keselamatan pasien, sehingga pengurus komite mengerti dan dapat menjalankan perannya sesuai tugas, tanggung jawab dan wewenang.



3. Pihak RSUD Kota Makassar perlu membuat kebijakan untuk penerapan sistem *reward* dan pembinaan bagi staf dalam upaya meningkatkan pelaksanaan program keselamatan pasien yang pelaksanaannya dilakukan oleh komite keselamatan pasien, agar muncul kesadaran, komitmen, dan motivasi dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien.
4. Pihak anggota komite keselamatan pasien perlu untuk berpartisipasi dan berperan aktif dalam komite keselamatan pasien agar dapat mengevaluasi program-program keselamatan pasien yang berjalan sehingga diketahui sejauhmana program tersebut efektif dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien serta adanya kegiatan rutin yang dilakukan.
5. Pihak komite keselamatan pasien perlu memaksimalkan komunikasi atau sosialisasi dengan unit lain terkait prosedur pelaporan insiden di RSUD Kota Makassar dengan melakukan secara rutin, jelas, dan lengkap.
6. Pihak komite keselamatan pasien perlu menciptakan *no blame culture* dengan memberikan bimbingan dan dorongan terkait pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit, serta pemberian sanksi bagi karyawan yang tidak melaporkan insiden, agar lebih memahami dan meningkatkan motivasi untuk melaporkan.



7. Peningkatan ilmu pengetahuan dan keterampilan kepada petugas kesehatan (dokter umum, bidan dan perawat) untuk mampu mencegah dan meminimalisir terjadinya insiden terkait keselamatan pasien dengan mengikuti pelatihan secara berkala.
8. Pihak komite keselamatan pasien melakukan monitoring dan evaluasi yang berkelanjutan untuk melihat sejauh mana upaya implementasi dilakukan dan mengetahui hambatan dalam implementasi terkait kinerja komite keselamatan pasien.
9. Pihak KMKP perlu menjalankan tupoksinya masing-masing, terutama pada komite keselamatan pasien. Sehingga, berjalan sesuai dengan fungsinya.
10. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat lebih mengangkat topik masalah ini dengan menggunakan metode kuantitatif dan atau bila perlu menggunakan metode yang sama yaitu *Realist Evaluation* dengan membahas secara lebih detail dengan mampu merumuskan hipotesis CMO serta mengonfigurasi CMO nya. Selain itu, juga perlu dilakukan penelitian lebih mendalam terkait variabel-variabel lain yang mempengaruhi pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien.



## DAFTAR PUSTAKA

- Amirullah, N. A., Pasinringi, S. A., & Kapalawi, I. (2014). Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Syekh Yusuf Kabupaten Gowa. *Repository Unhas*, 1–16.
- Arfan, A. N. (2014). *Gambaran Determinan Insiden Keselamatan Pasien Pada Petugas Kesehatan Di RS Universitas Hasanuddin Tahun 2014*. Universitas Hasanuddin.
- Aris. (2013). *Analisis Budaya Keselamatan Pasien di RSUD PKU Muhammadiyah*. Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Astuti, R. W. (2018). *Gambaran Pelaksanaan Clinical Pathway dari Perspektif Manajerial di RSUD Lasinrang Kabupaten Pinrang Tahun 2018*. Universitas Hasanuddin.
- Bardan, R. J. (2017). *Analisis Penerapan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Inche Abdoel Moeis Tahun 2017*.
- Bardan, R. J., Noor, N. B., & Sangkala. (2017). Analisis Penerapan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Inche Abdoel Moeis Tahun 2017.
- Cross, B., & Cheyne, H. (2018). Strength-based approaches: a realist evaluation of implementation in maternity services in Scotland. *Journal of Public Health (Germany)*, 26(4), 425–436. <https://doi.org/10.1007/s10389-017-0882-4>
- Depkes, I. (2008). PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 12 TAHUN 2008 TENTANG STANDAR PELAYANAN MINIMAL RUMAH SAKIT MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ferarry, M. D., Noor, N. B., & M, A. U. A. (2018). Gambaran Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Makassar, 1–11.
- Hakim, S. (2017). Evaluasi Program Penanggulangan Kejadian Luar Biasa Infeksi Daerah Operasi Pasca SC di Departemen Obsgin RSCM. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 6(01), 13–19.
- Hanskamp-Sebregts, M., Zegers, M., Boeijen, W., Wollersheim, H., van Gurp, P. J., & Westert, G. P. (2018). Process evaluation of the effects of patient safety auditing in hospital care (part 2). *International Journal for Quality in Health Care*, 1–9. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy173>
- n, M. I. (2002). *Pokok-Pokok Materi Metodologi Penelitian dan*



*Aplikasinya*. Bogor: Ghalia Indonesia.

- Hasibuan, H., Yusnadi, & Purba, S. (2016). Implementasi Kebijakan Standar Kualifikasi dan Kompetensi Kepala SMK Negeri di Kabupaten Aceh Selatan, 3(2).
- Hasrul, W., Syahrul, S., & Majid, A. (2018). Penerapan Budaya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Umum Daerah Tipe B Provinsi Sulawesi Selatan, 2(2), 119–126.
- Khaerah, N. (2018). *Studi Implementasi Clinical Pathway berdasarkan Perspektif Pelaksana di Rumah Sakit Umum Lasinrang Kabupaten Pinrang Tahun 2018*. Universitas Hasanuddin.
- KKPRS. (2015). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP)*. Jakarta.
- Martha, E., & Kresno, S. (2016). *Metodologi penelitian kualitatif untuk bidang kesehatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1691/Menkes/Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Pub. L. No. 1691 (2011).
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017, Pub. L. No. 11, 1 (2017). Indonesia.
- Moelong, L. J. (2007). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Napitupulu, H., Sudiro, & Fatmasari, E. Y. (2017). Analisis Budaya Keselamatan Pasien Dengan Pendekatan Institute for Healthcare Improvement Ditinjau Dari Aspek Organisasi Di Rumah Sakit Jiwa Daerah Dr Amino Gondohutomo Semarang Tahun 2016. *JURNAL KESEHATAN MASYARAKAT (e-Journal)*, 5(1), 68–74.
- Pawson, R., & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage Publication.
- Pawson, R., & Tilley, N. (2004). *Realist Evaluation*. <https://doi.org/10.3303/CET1439084>
- Ranmuthugala, G., Cunningham, F. C., Plumb, J. J., Long, J., Georgiou, A., Westbrook, J. I., & Braithwaite, J. (2011). A realist evaluation of the role of communities of practice in changing healthcare practice. *Implementation Science*, 6(1), 49. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-49>
- D Kota Makassar. (2018). *Data Insiden Keselamatan Pasien di RSUD Kota Makassar*.



- Sanjaya, I. D. G. ., & Ketut, S. (2013). Faktor-faktor Manajerial yang Melatarbelakangi Tingginya Kejadian Jumlah Pasien Dengan Dekubitus (Indikator Patient Safety) pada Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Puri Raharja Tahun 2012. *Community Health*, 1(2), 72–79.
- Sulahyuningsih, E., Tamtomo, D., & Joebagio, H. (2017). Analysis of Patient Safety Management in Committee for Quality Improvement and Patient Safety at Sumbawa Hospital , West Nusa Tenggara. *Health Policy and Management*, 147–156.
- Suñol, R., Vallejo, P., Groene, O., Escaramis, G., Thompson, A., Kutryba, B., & Garel, P. (2009). Implementation of patient safety strategies in European hospitals. *Quality and Safety in Health Care*, 18(SUPPL. 1), 57–61. <https://doi.org/10.1136/qshc.2008.029413>
- Suriyanti. (2016). *Implementasi Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) DiTerminal Regional Daya Kota Makassar*. Universitas Hasanuddin.
- Weich, S., Fenton, S. J. H., Bhui, K., Staniszewska, S., Madan, J., Larkin, M., ... Griffiths, F. (2018). Realist evaluation of the use of patient experience data to improve the quality of inpatient mental health care (EURIPIDES) in England: Study protocol. *BMJ Open*, 8(6), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021013>
- Westhorp, G. (2014). *Realist Impact Evaluation An Introduction*.
- WHO. (2009). *Better knowledge for safer care: human factors in patient safety*. World Health Organization. Retrieved from [http://www.who.int/patientsafety/research/methods\\_measures/human\\_factors/human\\_factors\\_review.pdf](http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf)
- Wijaya, A. S., Dewi, A., & Dwita, D. M. (2010). Analisis Budaya Keselamatan Pasien di RSUD PKU Muhammadiyah, Bantul, 22(2), 178–189.
- Yarnita, Y. (2018). Analisis Hubungan Sikap Perawat Dengan Budaya Keselamatan Pasien Di Ruang Rawat Inap RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau, 8(2), 81–85.
- Zulkani, M. (2017). *Analisis Penerapan Keselamatan Pasien dalam Insiden KTD dan KNC di Instalasi Laboratorium RSUD Inche Abdoel Moeis Samarinda Tahun 2017*. Universitas Hasanuddin.





L  
A  
M  
P  
I  
R  
A  
N



## LAMPIRAN 1

### *INFORMED CONSENT*

#### PERSETUJUAN MENJADI INFORMAN

Assalamualaikum wr.wb.

Selamat Pagi/Siang/Sore

Perkenalkan nama saya Faika Annisa. Saya adalah mahasiswi S1 angkatan 2015 Bagian Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin. Saya bermaksud melakukan penelitian tentang “Evaluasi Kinerja Komite Keselamatan Pasien di RSUD Kota Makassar dengan Pendekatan *Realist Evaluation*”. Penelitian ini dilakukan sebagai tahap akhir dalam penyelesaian studi di Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin. Saya berharap Bapak/Ibu, Saudara/Saudari bersedia untuk menjadi informan dalam penelitian ini dimana saya akan melakukan wawancara mendalam terkait dengan penelitian. Semua informasi yang Bapak/Ibu, Saudara/Saudari berikan terjamin kerahasiaannya, dengan cara hanya mencantumkan inisial nama dari Bapak/Ibu, Saudara/Saudari dan tidak mencantumkan identitas informan ke dalam hasil penelitian saya.

Setelah Saudara/Saudari membaca maksud dan kegiatan penelitian di atas, saya mohon untuk mengisi nama dan tanda tangan di bawah ini.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, setuju untuk ikut serta dalam penelitian.

Nama : \_\_\_\_\_

Tanda tangan : \_\_\_\_\_

Terima kasih atas kesedian Saudara/Saudari untuk ikut serta di dalam penelitian ini.



## LAMPIRAN 2

### PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM (*Indepth Interview*)

Nama Informan :  
 Tingkat Pendidikan :  
 Lama Bekerja :  
 Usia :  
 Jenis Kelamin :  
 Alamat :  
 Jabatan Informan :  
 Unit Kerja :

#### A. PETUNJUK

1. Menyampaikan ucapan terima kasih kepada informan atas kesediannya meluangkan waktunya untuk diwawancarai
2. Menjelaskan tentang maksud dan tujuan wawancara
3. Menyampaikan kepada informan bahwa wawancara ini akan menggunakan alat bantu rekam untuk membantu ingatan pewawancara

#### B. PELAKSANAAN WAWANCARA

##### 1. PERKENALAN

- a. Perkenalan dari pewawancara
- b. Meminta kesediaan informan untuk diwawancarai
- c. Memberi jaminan bahwa hasil wawancara hanya untuk penelitian dan dijamin kerahasiannya

##### 2. WAWANCARA/OBSERVASI

- a. Meminta izin untuk memulai wawancara/observasi
- b. Melakukan wawancara/observasi sesuai dengan isi pedoman wawancara / lembar observasi yang telah disusun
- c. Selesai wawancara/observasi, mengucapkan terima kasih dan mohon diri



**PEDOMAN WAWANCARA BAGIAN KOMITE KESELAMATAN  
PASIEN**

No.	Variabel	Topik Wawancara
<b>CONTEXT</b>		
1.	Sumber Daya Manusia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sumber daya manusia               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menurut Anda apakah SDM yang tersedia memiliki kompetensi dalam menunjang keberhasilan pencapaian insiden keselamatan pasien dirumah sakit ini?</li> <li>b. Apakah terdapat pelatihan-pelatihan dalam peningkatan kualitas SDM terkait insiden keselamatan pasien dirumah sakit ini?</li> </ol> </li> <li>2. Pengetahuan Apa yang Anda ketahui tentang insiden keselamatan pasien dan insiden yang pernah terjadi di rumah sakit ini?</li> <li>3. Sikap               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Apakah dengan adanya komite keselamatan pasien efektif untuk menurunkan angka insiden keselamatan pasien?</li> <li>b. Bentuk dukungan seperti apa yang Anda berikan dalam menurunkan insiden keselamatan pasien di rumah sakit?</li> <li>c. Bagaimana tanggapan Anda mengenai <i>blaming culture</i> terkait pelaporan insiden?</li> <li>d. Menurut Anda, apakah program ini akan berhasil jika ada insentif yang diberikan? Jika iya, mengapa? Jika tidak, mengapa?</li> </ol> </li> </ol>
2.	Kebijakan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apakah ada kebijakan mengenai insiden keselamatan pasien?</li> <li>2. Apakah ada kebijakan mengenai sistem pelaporan insiden keselamatan pasien?</li> <li>3. Apakah kebijakan mengenai keselamatan pasien mampu mempengaruhi mekanisme dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien?</li> <li>4. Adakah sanksi/hukuman yang diberikan terkait insiden keselamatan pasien yang disebabkan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit ini?</li> </ol>



		5. Apakah kebijakan menjadi salah satu hambatan dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan pasien?
<b><i>MECHANISM</i></b>		
3.	Kepemimpinan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengarahan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Apakah pimpinan Anda mendelegasikan wewenang dengan baik terhadap bawahannya terkait insiden keselamatan pasien?</li> <li>b. Apakah pimpinan Anda memberikan penghargaan bagi Anda dan teman-teman yang memiliki kinerja baik dalam meningkatkan pencapaian insiden keselamatan pasien?</li> </ol> </li> <li>2. Supervisi <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Apakah KMKP selalu memberikan bimbingan dan dorongan kepada karyawan terkait insiden keselamatan pasien?</li> <li>b. Apakah selalu dilakukan pengawasan oleh KMKP terhadap penerapan terkait pencapaian insiden keselamatan pasien?</li> </ol> </li> <li>3. Koordinasi Apakah pimpinan Anda memberikan kebebasan kepada karyawan yang ingin memberikan pendapat terkait insiden keselamatan pasien?</li> </ol>
4.	Komunikasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apakah pernah dilakukan sosialisasi dari KMKP terkait insiden keselamatan pasien dirumah sakit ini?</li> <li>2. Apakah Anda mendapat umpan balik positif apabila ada suatu kejadian yang dilaporkan?</li> <li>3. Apakah setiap masalah pasien yang terjadi dirumah sakit selalu didiskusikan bersama dan dicari jalan keluarnya?</li> </ol>
5.	Kerja Tim	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apa bentuk kerja sama yang dilakukan KMKP dengan unit lain terkait pencapaian insiden keselamatan pasien?</li> </ol>
6.	Kinerja Komite Keselamatan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Latar belakang yang mendasari dibentuknya komite keselamatan pasien</li> <li>2. Tujuan dari komite keselamatan pasien</li> <li>3. Apa yang dijadikan standar kinerja pada komite keselamatan pasien?</li> <li>4. Apakah Anda mengetahui program dari komite</li> </ol>



		<p>keselamatan pasien?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>5. Standar pelaksanaan dan penerapan untuk menilai kinerja komite keselamatan pasien dalam pencapaian insiden keselamatan pasien</li><li>6. Faktor-faktor yang mempengaruhi indikator kinerja KKP terhadap pencapaian insiden keselamatan pasien</li><li>7. Hambatan terkait insiden keselamatan pasien</li><li>8. Menurut Anda, hal apa yang mempengaruhi keberhasilan KKP ini?</li><li>9. Menurut Anda, hal apa yang mempengaruhi kegagalan KKP ini dalam pencapaian insiden keselamatan pasien?</li><li>10. Hal-hal yang mendukung kinerja komite keselamatan pasien dapat berjalan dengan baik</li></ol>
--	--	---



**PEDOMAN WAWANCARA BAGIAN NON-KOMITE  
KESELAMATAN PASIEN**

No.	Variabel	Topik Wawancara
<b>CONTEXT</b>		
1.	Sumber Daya Manusia	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sumber daya manusia               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Menurut Anda apakah SDM yang tersedia memiliki kompetensi dalam menunjang keberhasilan pencapaian insiden keselamatan pasien dirumah sakit ini?</li> <li>b. Apakah terdapat pelatihan-pelatihan dalam peningkatan kualitas SDM terkait insiden keselamatan pasien dirumah sakit ini?</li> </ol> </li> <li>2. Pengetahuan Apa yang Anda ketahui tentang insiden keselamatan pasien dan insiden yang pernah terjadi di rumah sakit ini?</li> <li>3. Sikap               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Apakah dengan adanya komite keselamatan pasien efektif untuk menurunkan angka insiden keselamatan pasien?</li> <li>b. Bagaimana tanggapan Anda dengan adanya komite keselamatan pasien?</li> <li>c. Apakah Anda mendukung adanya komite keselamatan pasien di rumah sakit?</li> <li>d. Bentuk dukungan seperti apa yang Anda berikan dalam menurunkan insiden keselamatan pasien di rumah sakit?</li> <li>e. Bagaimana tanggapan Anda mengenai <i>blaming culture</i> terkait pelaporan insiden?</li> <li>f. Menurut Anda, apakah program ini akan berhasil jika ada insentif yang diberikan? Jika iya, mengapa? Jika tidak, mengapa?</li> </ol> </li> </ol>
	Kebijakan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apakah ada kebijakan mengenai insiden keselamatan pasien?</li> <li>2. Apakah ada kebijakan mengenai sistem pelaporan insiden keselamatan pasien?</li> <li>3. Apakah kebijakan mengenai keselamatan pasien mampu mempengaruhi mekanisme dalam pencapaian angka standar insiden keselamatan</li> </ol>



		<p>pasien?</p> <p>4. Adakah sanksi/hukuman yang diberikan terkait insiden keselamatan pasien yang disebabkan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit ini?</p>
<b><i>MECHANISM</i></b>		
3.	Kepemimpinan	<p>1. Pengarahan</p> <p>a. Apakah pimpinan Anda mendelegasikan wewenang dengan baik terhadap bawahannya terkait insiden keselamatan pasien?</p> <p>b. Apakah pimpinan Anda memberikan penghargaan bagi Anda dan teman-teman yang memiliki kinerja baik dalam meningkatkan pencapaian insiden keselamatan pasien?</p> <p>2. Supervisi</p> <p>a. Apakah KMKP selalu memberikan bimbingan dan dorongan kepada karyawan terkait insiden keselamatan pasien?</p> <p>b. Apakah selalu dilakukan pengawasan oleh KMKP terhadap penerapan terkait pencapaian insiden keselamatan pasien?</p> <p>3. Koordinasi</p> <p>a. Apakah pimpinan Anda memberikan kebebasan kepada karyawan yang ingin memberikan pendapat terkait insiden keselamatan pasien?</p>
4.	Komunikasi	<p>1. Apakah pernah dilakukan sosialisasi dari KMKP terkait insiden keselamatan pasien di rumah sakit ini?</p> <p>2. Apakah anda mendapat umpan balik positif apabila ada suatu kejadian yang dilaporkan?</p> <p>3. Apakah informasi perawatan pasien yang penting selalu tersedia saat pergantian <i>shift</i>?</p> <p>4. Apakah setiap masalah pasien yang terjadi di rumah sakit selalu didiskusikan bersama dan dicari jalan keluarnya?</p> <p>5. Apakah tidak pernah terjadi masalah sewaktu operan antar unit?</p>
	Kerja Tim	<p>1. Apa bentuk kerja sama yang dilakukan KMKP dengan unit lain terkait pencapaian insiden</p>





		<p>keselamatan pasien?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Apakah Anda nyaman dan tidak kesusahan saat pembagian tugas dengan rekan kerja Anda?</li> <li>3. Apakah Anda dan rekan kerja Anda mampu berkoordinasi dengan baik untuk mewujudkan pelayanan pasien yang sesuai dengan prosedur keselamatan pasien?</li> </ol>
6.	Kinerja Komite Keselamatan Pasien	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apakah Anda mengetahui program dari komite keselamatan pasien?</li> <li>2. Bagaimana menurut Anda kinerja KKP dalam pencapaian insiden keselamatan pasien?</li> <li>3. Hambatan terkait insiden keselamatan pasien dan upaya untuk mengatasinya</li> <li>4. Menurut Anda, hal apa yang mempengaruhi keberhasilan KKP ini?</li> <li>5. Menurut Anda, hal apa yang mempengaruhi kegagalan KKP ini dalam pencapaian insiden keselamatan pasien?</li> <li>6. Hal-hal yang mendukung kinerja komite keselamatan pasien dapat berjalan dengan baik</li> </ol>



### LAMPIRAN 3

#### PEDOMAN TELAAH DOKUMEN

1. Data sumber daya manusia berdasarkan jabatan di Komite Manajemen Risiko dan Keselamatan Pasien (KMKP).
2. Struktur organisasi KMKP di RSUD Kota Makassar.
3. Data formulir laporan insiden ke tim keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar.
4. Data Standar Operasional Prosedur yang digunakan terkait insiden keselamatan pasien di RSUD Kota Makassar.



## LAMPIRAN 4

## PEDOMAN OBSERVASI

No.	Item Observasi	Hasil Observasi		Keterangan
		Ya	Tidak	
1.	Data SDM KMKP	√		
2.	Struktur organisasi KMKP	√		
3.	Data formulir laporan insiden keselamatan pasien	√		
4.	SOP	√		
5.	Penyerahan informasi saat pergantian <i>shift</i>	√		



LAMPIRAN 5

MATRIKS HASIL PENELITIAN

No	Pertanyaan	Informan	Jawaban Informan	Reduksi	Kesimpulan
<b>1</b>	<b>Variabel Sumber Daya Manusia</b>				
1.a	Ketersediaan SDM berkompeten dalam menunjang keberhasilan pencapaian insiden keselamatan pasien di rumah sakit.	Informan 1, 42 thn	<i>Iyalah berkompetenmi itu.</i>	Dari 10 informan: – 8 orang informan mengatakan SDM yang tersedia sudah berkompeten dalam menunjang keberhasilan pencapaian insiden. – 2 orang informan mengatakan SDM yang tersedia belum terlalu berkompeten dalam menunjang keberhasilan pencapaian insiden.	SDM yang tersedia sudah berkompeten dalam menunjang keberhasilan pencapaian insiden di rumah sakit.
Informan 2, 45 thn		<i>Iye, karena yang masuk itu adalah kepala-kepala ruangnya.</i>			
Informan 3, 46 thn		<i>Kompetensi sudah ada, tapi cuman keterlibatannya, tidak dilibatkan.</i>			
Informan 4, 40 thn		<i>Belum terlalu, karena kita kan disitu merangkap toh, terus kita tidak benar-benar dibekali oleh apa namanya pelatihan atau workshop yang memadai untuk itu. Walaupun mungkin kita pernah tersentuh tetapi tidak benar-benar disiapkan untuk itu.</i>			
Informan 5, 41 thn		<i>Kalau saya menurutku iya, karena orang-orangnya juga disana berkompetenmi terus juga karena saya kan di bagian perencanaan juga terkait dengan misalnya penunjang medis, otomatisakan kalau bagian perencanaan dikasih pemahaman tentang strategi untuk pencapaian keselamatan pasien, otomatis dalam setiap hasil-hasil output dari perencanaan ini selalu berorientasi bagaimana supaya keselamatan</i>			



			<i>pasien ini bisa terpenuhi. Karena seluruh sistem yang ada disini harus mengarah ke patient safety. Kalau saya dibagian perencanaan dilibatkan disitu, tentu harapannya bisa tercapai disitu, goalsnya.</i>		
		Informan 6, 37 thn	<i>Iyalah tawwa pastimi, karena dia dipilih tawwa sesuai kompetensinya.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Terus terang saja, kalau soal keselamatan pasien belum saya cerna, itu kan hal lama tapi baru kontak sama kami-kami setahun terakhir, jadi baru saya pelajari. Semua masih dalam tahap baru, jadi belum terorganisir dengan baik, masih cari referensi bagaimana cara menjalankan komite keselamatan pasien supaya bisa betul-betul tepat sasaran. Jadi SDMnya mungkin masih kurang termasuk orang-orang yang didalamnya sudah ada yang tau, tapi tidak semuanya.</i>		
		Informan 8, 40 thn	<i>Iya berkompeten karena berpendidikan yang baikmi rata-rata semua disini.</i>		
		Informan 9, 39 thn	<i>Iya.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Iya, disitu unsurnya perawat.</i>		
1.b	Pernah mendapatkan	Informan 2, 45 thn	<i>Dulu ada, tahun lalu ada, tapi tahun-tahun ini belum ada. Ituji pernah pelatihan in house</i>	Sebagian besar informan menyatakan	Informan telah mengiktui pelatihan



pelatihan terkait keselamatan pasien.		<i>training, orang dipanggil kesini untuk pelatihan, ada juga pelatihan diluar.</i>	bahwa telah mengikuti pelatihan berupa <i>in house training</i> , tetapi ada juga yang mengikuti pelatihan PPI, sistem pelaporan, dan pelatihan diluar.	terkait keselamatan pasien.
	Informan 3, 46 thn	<i>Ituji dulu in house training, lebih sering itu yang ikut wakil ketuanya.</i>		
	Informan 4, 40 thn	<i>Adaji pelatihan cuman memang tidak apa namanya itu belumpi memadai, maksudnya kayak pelatihan sasaran keselamatan pasien untuk semua orang adaji, untuk KMKP adaji tapi itu belum maksimal. Kalau saya sendiri pernah sekali tawwa ikut, pelatihan patient safety yang punyaanya Dinas Kesehatan Provinsi.</i>		
	Informan 5, 41 thn	<i>Kalau saya ikuti belum pernah, yang pernah ada yang saya ingat bagaimana sistem pencatatannya itu setiap ada kejadian pernah ada, bagaimana sistem pelaporannya.semua ini adakan ditunjuk PIC di masing-masing unit-unit itu bagaimana menangkap, merespon, dan mengetahui ini loh namanya KNC, KTD, bagaimana anda caranya melaporkan, mencatat kemana, pernah ada begitu.</i>		
Informan 6, 37 thn	<i>Ada toh sesuai pelatihan masing-masing, pelatihan PPI saya kudapat. Keselamatan pasien pernah yang kemarin yang dia bergabung dengan PPI, semua unit perawatan, penunjang, manajemen, terutama ke hand hygiene semua lini manajemen, pelayanan,</i>			



			<i>semua itu sampai tukang parkir itu semua.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Pernah sudah dua kali.</i>		
		Informan 8, 40 thn	<i>Tidak taumi, ada barangkali. Kalau tidak salah in house training itu. Lebih sering ikut itu perawat-perawatji.</i>		
		Informan 9, 39 thn	<i>Iya adaji, in house training, PPI juga.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Yang dulu itu waktu akreditasi, semacam in house training.</i>		
1.c	Pengetahuan informan terkait insiden keselamatan pasien.	Informan 3, 46 thn	<i>Ituji kutau bilang ada KTD yang pasien jatuh, KPC ituji.</i>	Dari 7 informan, sebagian besar informan mengatakan insiden keselamatan pasien dengan jenis istilah KTD, KPC, KNC, dan setinel serta berupa kesalahan pemberian obat dan pasien jatuh.	Penyampaian informasi yang dilakukan rumah sakit sudah bagus karena sebagian besar informan mengetahui insiden keselamatan pasien.
		Informan 4, 40 thn	<i>Insiden keselamatan pasien itu banyak hal, termasuk resiko KTD, KPC, sentinel, dll lah. Jadi kalau ada resiko-resiko begitu yah pasti ada pelaporannya, terus kemudian ada analisisnya dari komite terus kemudian RCA.</i>		
		Informan 5, 41 thn	<i>Tentu kejadian-kejadian yang kita tidak inginkan, yang kita harus minimalisir atau kalau bisa tidak ada angka kejadiannya, misalnya kalau di penunjang itu biasanya di pelayanan kefarmasian misalnya kesalahan pemberian obat, angka efek samping obat, terpapar B3 misalnya di ruangan-ruangan. Itu yang kita harus kendalikan prosedur penyimpanan, penditrsibusian limbah B3,</i>		



			<i>sampai situ kutau.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Bahwa pasien itu banyak yang bisa beresiko untuk terjadi kecelakaan, baik pada pasien, baik pada petugas. KTD seperti liftnya mati, pasiennya harus turun jalan, padahal pasiennya baru sembuh itu beresiko terjadi KTD, itu sering terjadi disini.</i>		
		Informan 8, 40 thn	<i>Banyak, kan ada enam itu sasaran keselamatan pasien. Insidennya itu KPC, KNC, seperti itu. Kalau yang disini itu kesalahan obat, pasien jatuh, salah injeksi.</i>		
		Informan 9, 39 thn	<i>Itu pasien jatuh dari tempat tidur KTD toh. Kalau disini tidak adaji, cuman ituji pernah pasien jatuh dari kamar mandi, tapi bukanji dari tempat tidur.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Yang kutau itu ada pasien jatuh dari tempat tidur. Kalau di rawat jalan tidak adaji, alhamdulillah belum ada, tidak sampaiji.</i>		
1.d	Sikap informan terkait KKP efektif atau tidak dalam menurunkan angka IKP.	Informan 1, 42 thn	<i>Efektifji.</i>	Dari 10 informan: – 7 informan mengatakan bahwa KKP efektif menurunkan IKP. – 3 informan mengatakahn bahwa	Komite keselamatan pasien telah efektif dalam menurunkan angka insiden keselamatan pasien, walaupun masih belum berjalan dengan baik.
		Informan 2, 45 thn	<i>Pastimi dek.</i>		
		Informan 3, 46 thn	<i>Belum efektif karena belum terlalu berjalan ini.</i>		
		Informan 4, 40 thn	<i>Harusnya sih efektif, cuman sejauh ini belumpi ada penelitian kecil-kecilan dibikin di rumah</i>		





			<i>sakit kami untuk membuktikan itu tapi kalau dengan adanya itu kan jadinya mulai kelihatan insiden-insiden keselamatan pasien karena adanya sistem pelaporan. Jadi mulaimi ada gambaran. Seharusnya sih kalau tanpa dilakukan penelitian pun pasti ada efeknya, karena kan dari situ akan muncul untuk menghindari ini caranya seperti ini. Itu yang bisa unit rasakan.</i>	KKP belum efektif menurunkan IKP karena belum berjalan, belum ada penelitian untuk membuktikan itu, serta tidak diketahuinya KKP itu sendiri.
	Informan 5, 41 thn	<i>Iya harusnya, saya tidak bisa bayangkan kalau tidak ada ini yang selalu memonitor. Ini kan fungsinya sebenarnya memperkenalkan ini contoh, kemudian titik-titik kritisnya dimana bisa terjadi, kemudian bagaimana kita mengantisipasi dengan sistem dan SOPnya, kemudian bagaimana dia merecord datanya, kemudian ditayangkan. Oh ternyata masih ada 1, 2 data yang muncul berarti masih ada yang salah. Kita evaluasi lagi. Nah kalau tidak ada yang mengawasi terus menerus ini saya tidak bisa bayangkan, boleh jadi ini seperti gunung es, sedikitji ketahuan, banyak ternyata dibawahnya. Dengan adanya ini, kita yakin tujuannya unutm menurunkan angka kejadian yang tidak diinginkan di rumah sakit.</i>		
	Informan 6, 37 thn	<i>Oh iya lah pastimi efektif, karena untuk data-data keselamatan pasien ada dari komite itu.</i>		



			<i>Jadi untuk menurunkan atau apapun itu harus melihat data dari merekalah. Karena kalau tidak ada data itu, kita tidak bisa melakukan tindakan apa yang harus kita lakukan untuk menurunkan insiden keselamatan pasien.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Ya efektif.</i>		
		Informan 8, 40 thn	<i>Iya.</i>		
		Informan 9, 39 thn	<i>Tidak, orang-orangnya saja saya tidak tahu, tapi tidak tahu kalau diruangan lain.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Iya.</i>		
1.e	Sikap informan terkait adanya KKP.	Informan 8, 40 thn	<i>Kalau untuk saya, lebih bagus kalau turun lagi ke ruangan bikin penyuluhan lagi, yang namanya kita manusia toh tidak luputki dari kesalahan dan lupa ingatan toh, apalagi kalau sibukki, bisa review-review lagi kembali, seperti itu.</i>	Sebagian besar informan menyatakan seharusnya KKP melakukan kembali sosialisasi secara rutin ke setiap unit untuk melakukan <i>review</i> agar tidak lupa kembali, sehingga KKP berjalan dengan baik.	Komite keselamatan pasien belum berjalan dengan baik.
		Informan 9, 39 thn	<i>Tidak jalanki komite keselamatan pasien disini.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Bagus sekali itu KKP dan itu memang harus ada, tapi sampai saat ini yang mengerti masalah tersebut masih terbatas. Yang pertama pelatihan juga masih kurang, cuman orang-orang tertentu. Yang kedua sosialisasikan juga</i>		



			<i>secara umum, terus disampaikan itu pada saat orang mau akreditasi, jadi lupaji lagi.</i>		
1.f	Sikap informan terkait dukungan adanya KKP.	Informan 8, 40 thn	<i>Iya didukungji.</i>	Ketiga informan mendukung dengan adanya komite keselamatan pasien di rumah sakit.	Semua informan mendukung dengan adanya komite keselamatan pasien.
		Informan 9, 39 thn	<i>Iya saya mendukung.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Dukung sekali</i>		
1.g	Sikap informan dalam memberikan dukungan untuk menurunkan IKP.	Informan 1, 42 thn	<i>Yah diberitahukan saja ke teman-teman diberi support juga.</i>	Dari 10 informan mengatakan bahwa akan memberikan dukungan dalam menurunkan insiden keselamatan pasien.	Informan mendukung sesuai peran dari unitnya masing-masing.
		Informan 2, 45 thn	<i>Kalau kau tanya dukungan yah dukungan semangatji kukasih karena tidak ada dukungan selain itu.</i>		
		Informan 3, 46 thn	<i>Ituji dikasih tau ke teman-teman toh, kalau ada apa-apa lapor secepatnya.</i>		
		Informan 4, 40 thn	<i>Kalau saya sebagai wakil ketua lebih banyak iniji motivasi unit supaya tidak takut melaporkan hal-hal begitu kan, karena masalah yang paling besarnya kan takutnya orang melaporkan insiden keselamatan pasien ada blaming culture.</i>		
		Informan 5, 41 thn	<i>Kita perkuat di standar operasional dan prosedurnya toh. Jadi misalnya dikasih lembar checklist, bahwa paling tidak kalau kami diserahkan obat ini harus checklist pastikan misalnya ada checklist di resep itu disediakan,</i>		



			<p>identitas pasien, nomor id pasien, obat apa yang mau diberikan ada checklistnya. Kalau dulu tidak ada checklistnya, tapi sekarang harus ada checklistnya. Kemudian SOP diperketat, bagaimana misalnya kalau difarmasi prosesnya mulai dari penerimaan resep harus jelas tahapan-tahapannya, tidak boleh satu orang yang kerja mulai dari terima resep, sediakan, sampai diserahkan ke pasien, tidak ada double check namanya atau double kontrol. Nah itu contohnya yang kita minta ke farmasi perkuat sistem, yah dengan SOP yang ketat, dengan toolsnya apa, tentu ada checklist, supaya apa yang kita mau pastikan ada langsung. Checklist dan SOP.</p>		
		Informan 6, 37 thn	<p>Kalau saya kan hand hygiene, untuk HAIs berarti ada pelatihan tentang hand hygiene, sosialisasi, kemudian ada bundles pencegahan infeksi seperti itu. Terus kami turun lapangan.</p>		
		Informan 7, 37 thn	<p>Pertama kita harus tau dulu apa-apa yang bisa menyebabkan terjadinya kecelakaan pada pasien, bikin datanya, laporkan pada komite, beri sosialisasi ke teman-teman, dan bikin evaluasinya untuk cari penanggulangannya toh.</p>		
		Informan 8, 40 thn	<p>Tetap kasih ingatkan teman-teman saja, supaya hati-hati saja.</p>		



		Informan 9, 39 thn	<i>Dibilangji sama teman-teman untuk melapor kalau ada kejadian.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Memasang poster-poster, edukasi ke pasien dengan keluarganya pada saat berkunjung ke poli.</i>		
1.h	Sikap informan terkait <i>blaming culture</i> .	Informan 2, 45 thn	<i>Itu karena mereka takut. Kalau mereka itu melapor, kita menyalahkan mereka. Blaming culture kan seperti itu, kita salahkan orang yang melapor. Padahal tidak. Kita sudah terapkan disini bahwa melapor sebanyak-banyaknya, tapi begitumi masih adaji yang takut juga.</i>	Sebagian besar informan mengatakan bahwa masih ada yang takut untuk melapor karena takut disalahkan, padahal telah diberi edukasi untuk melapor jika ada kejadian, serta belum terkontrol dengan baik.	<i>Blaming culture</i> masih terjadi dan masih merasa takut untuk melaporkan jika ada kejadian di rumah sakit.
	Informan 3, 46 thn	<i>Mungkin masih ada seperti itu, tapi dibilangji lapor saja kalau ada kejadian, tidak usah takut.</i>			
	Informan 4, 40 thn	<i>Pengambilan keputusan kan yang sebenarnya paling tinggi bukan di kami toh, ada di direktur. Cuman kita dari pihak komite, selalu berpikiran bahwa sebenarnya kan kalau terjadi IKP bukan personalnya yang salah, tapi sistemnya yang salah toh. Berarti manajemen yang salah, bukan sebagai orangnya, jadi itu sebenarnya yang dibangun. Nah kalau ini yang tingkat-tingkat pengambilan keputusan yang harus menyadari itu lebih banyak. Kalau kami kan paling tidak berusaha terus-terusan untuk mendorong, melindungi, tidak dibilang melindungi juga, tapi maksudnya mendorong</i>			



			<p><i>supaya tetap ada pelaporan itu toh. Karena kalau tidak ada juga kan, anu itu toh katanya IKP itu kayak gunung es begitu, sedikit kelihatan, bawahnya lebih banyak lagi karena takut melapor, takut disalahkan.</i></p>		
		<p>Informan 5, 41 thn</p>	<p><i>Itu persepsi yang salah. Kalau dulu, kalau ada yang melaporkan kesalahan, itu jadi aib dan harus dihukum. Padahal sebenarnya sekarang, kalau sistem keselamatan pasien harus diubah. Kesalahan yang muncul itu dalam rangka selalu perbaikan sistem, tidak ada blame kepada orang-orang tertentu. Karena kita sebenarnya selalu edukasi seperti itu, ini juga tidak ada hubungannya dengan citra. Kalau ada muncul, itu menjadi dasar kita untuk selalu memperbaiki sistem, SOP, kemudian tools apa yang perlu dibenahi toh. Saya kira tinggal mungkin ada yang masih belum secara pribadi, tapi secara umum kita selaluji wanti-wanti bahwa memunculkan angka kejadian itu, bukan sesuatu yang akan mendapatkan hukuman atau bukan membuat citra kita tidak baik. Justru itu menjadi dasar untuk kita lebih baik. Malah sebenarnya kalau tidak ada kejadian, justru dicurigai itu. Betulkah anda bekerja atau tidak mencatat sama seklai atau disembunyikan. Ya kita selalu edukasi kalau ada pertemuan-</i></p>		



			<i>pertemuan, baik dari orang KARS juga tawwa terbuka itu.</i>		
		Informan 6, 37 thn	<i>Kalau saya itu dilaporkan tiap tiga bulan dan tidak adaji masalah, karena PPI turun langsung. Tiap hariki turun. Kalau ada kejadian kita cek dulu, tidak terima langsung, karena kita turun memang.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Masih belum terkontrol. Bukan takut untuk melapor, tidak ditauki mau melapor dimana dan merasa kalau melapor, eh apasih gunanya melapor, tidak adaji umpan baliknya. Misalnya, tertusuk jarum, paling datangji diliat baru disuruh hati-hati ituji. Atau kesalahan pemberian resep, ini selaluji dilaporkan, dan ada bukunya.</i>		
		Informan 8, 40 thn	<i>Disini tidak adaji kasus seperti itu, makanya tidak masalahji. Karena kesalahan lebih banyak dari unit luar.</i>		
		Informan 9, 39 thn	<i>Begitumi disini dek, makanya orang takut melapor karena dikembalikan ke dia kesalahannya.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Belum ada di rawat jalan, sudah disampaikan seperti itu, dan karena adami POKJA dari KMKP jadi dia taumi.</i>		
1.i	Sikap informan ait	Informan 2, 45 thn	<i>Ya berhasil kalau ada insentif. Karena kan mereka kan harus disupport seperti itu, bahwa</i>	Dari 9 informan:	Banyak informan setuju dengan



pemberian insentif.		<i>siapa yang paling banyak melapor kita kasih dia bonus, jadi dia rajin melapor.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 informan mengatakan setuju dengan adanya pemberian insentif.</li> <li>- 4 informan mengatakan tidak setuju dengan adanya pemberian insentif.</li> </ul>	adanya pemberian insentif.
	Informan 3, 46 thn	<i>Iya begitumi, salah satu motivasimi itu kalau ada toh.</i>		
	Informan 4, 40 thn	<i>Iya bakalan berhasil itu.</i>		
	Informan 5, 41 thn	<i>Saya kira tidak tongji, jauhji korelasinya itu toh. Pasti adalah daya tambahnya. Cuman kita menghitung juga kemampuan anggaran, selama ini berjalanji juga dengan baik. Saya kira tinggal bagaimana membuat sistemnya lebih mudah, mereka tidak susah, kemudian dipahami bahwa ini bukan menjadi hukuman bagi yang melaporkan. Bukanji yang menjadi utama itu. Walaupun tidak bisa dipungkiri kalau ada insentif, pasti ada pengaruh motivasinya.</i>		
	Informan 6, 37 thn	<i>Tidak semua apa-apa harus ada insentifnya, karena kalau di PPI kitaji yang turun tangan langsung.</i>		
	Informan 7, 37 thn	<i>Iya mungkin juga dengan adanya itu lebih bisaki terkontrol dengan baik.</i>		
	Informan 8, 40 thn	<i>Kalau itu mungkin persoalan nomor duaji, bukanji yang utama. Karena disini juga tidak adaji masalah dengan pelaporan.</i>		
	Informan	<i>Iya kayaknya seperti itu, karena orang</i>		





		9, 39 thn	<i>mengukur dari sananya.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Saya kira tidakji kalau di rawat jalan karena amanji.</i>		
<b>2</b>	<b>Variabel Kebijakan</b>				
2.a	Kebijakan mengenai IKP.	Informan 2, 45 thn	<i>Ada semua, SK nya ada, tim nya ada.</i>	Dari 9 informan mengatakan bahwa ada kebijakan mengenai IKP seperti SOP.	Terdapat SOP terkait insiden keselamatan pasien.
		Informan 3, 46 thn	<i>Ada itu.</i>		
		Informan 4, 40 thn	<i>Ada.</i>		
		Informan 5, 41 thn	<i>Ada.</i>		
		Informan 6, 37 thn	<i>Ada dong.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Ada, lengkapmi kalau begitu-begitunya toh, tinggal aplikasinya mami.</i>		
		Informan 8, 40 thn	<i>Ada, seperti SOP tertusuk jarum, cuci tangan, dll.</i>		
		Informan 9, 39 thn	<i>Ada itu cuman SOP tentang keselamatan pasien.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Ada.</i>		
2.b	Kebijakan mengenai sistem pelaporan IKP.	Informan 2, 45 thn	<i>Ada langsung dari kementrian.</i>	Dari 9 informan: – 7 informan mengatakan bahwa	Terdapat kebijakan mengenai sistem pelaporan IKP.
		Informan 3, 46 thn	<i>Ada.</i>		



		Informan 4, 40 thn	<i>Ada.</i>	<p>ada kebijakan mengenai sistem pelaporan IKP.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 informan mengatakan bahwa tidak ada kebijakan sistem pelaporan dalam bentuk tertulis.</li> <li>- 1 informan mengatakan bahwa tidak tau mengenai kebijakan sistem pelaporan IKP.</li> </ul>	
		Informan 5, 41 thn	<i>Iya ada juga.</i>		
		Informan 6, 37 thn	<i>Ada.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Ada.</i>		
		Informan 8, 40 thn	<i>Kayaknya ada deh SOPnya, cuman belum didistribusikan ke ruangan-ruangan. Pasti adaji, tidak mungkin tidak ada. Kan ada form pelaporannya itu.</i>		
		Informan 9, 39 thn	<i>Tidak ada, yang disini itu cuman sistem pelaporan atau alur pelaporan tapi bukan dalam bentuk tertulisi.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Pelaporan insiden saya tidak tau, belum pernah ada sosialisasinya juga.</i>		
2.c	Kebijakan mampu mempengaruhi dalam pencapaian IKP.	Informan 2, 45 thn	<i>Mampu, karena kalau ada masalah, kita bahas, kemudian kita aplikasikan kembali supaya tidak terjadi lagi seperti itu.</i>	<p>Dari 9 informan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 8 informan mengatakan bahwa kebijakan mampu mempengaruhi dalam pencapaian IKP.</li> <li>- 1 informan</li> </ul>	<p>Kebijakan mampu mempengaruhi dalam pencapaian insiden keselamatan pasien di rumah sakit.</p>
		Informan 3, 46 thn	<i>Iya mempengaruhi.</i>		
		Informan 4, 40 thn	<i>Mempengaruhi dong, karena kan disitumi ceritanya regulasinya, disitu SOPnya, segala macam.</i>		
		Informan	<i>Kebijakan itu mencakup pertama mulai dari</i>		



		5, 41 thn	<i>strukturnya, pelatihan personelnnya, kemudian dibuat SOPnya, apa-apa disitu yang harus dilaporkan, sistemnya. Dengan adanya semua itu, tentu jalan ini semua program. Pastimi sangat membantu itu.</i>	mengatakan bahwa kebijakan tidak mempengaruhi dalam pencapaian IKP karena tergantung dari individunya masing-masing.	
		Informan 6, 37 thn	<i>Iyalah kan dari kebijakan kemudian dibuat tindakan-tindakan.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Iya pasti, coba kalau kebijakannya jelas, terus ditau arahnya mau kemana, jadi teman-teman tau umpan baliknya ada.</i>		
		Informan 8, 40 thn	<i>Tidak juga sih. Karena dari individunya. Walaupun ada SOP, tapi kalau dari individunya tidak hati-hati, tetap pasti akan ada insiden juga.</i>		
		Informan 9, 39 thn	<i>Iya.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Iya kalau sudah edukasikan dan disosialisasikan.</i>		
2.d	Ketersediaan sanksi/hukuman terkait IKP.	Informan 2, 45 thn	<i>Tidak boleh, itumi blaming culture. Tidak ada penyalahan, paling inti-intinya yang terakhir salah itu sistem.</i>	Dari 9 informan mengatakan bahwa tidak adanya sanksi atau hukuman yang diberikan terkait IKP, hanya saja dalam bentuk teguran yang diberikan.	Tidak adanya sanksi/hukuman terkait IKP dan hanya berupa teguran yang diberikan.
		Informan 3, 46 thn	<i>Tidak adaji.</i>		
		Informan 4, 40 thn	<i>Tidak ada, jangan dong. Kan kembali lagi ke sebelumnya, kalau misalnya dikasih sanksi nanti malah takutki melapor.</i>		



		Informan 5, 41 thn	<i>Tidak. Ini kan berjalan otomatis saja. Malah kalau adami datanya tayang dari bagian mutu, kita tidak tau siapa melaporkan. Karena ini kan ceritanya dari bawah ini semua dari semua unit-unit yang ada. Ada PIC masing-masing masuk datanya. Jadi tidak ada.</i>		
		Informan 6, 37 thn	<i>Tidak diberikan sanksi lah, cuman disampaikan. Untuk sanksi-sanksi tidak sampai disitu, cuman teguran.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Teguranji, artinya teguran dalam sifatnya membangun. Itukan banyak faktor, apalagi diruangan saya ini, dokternya beda-beda, pasiennya beda-beda, bisa semua bersamaan datang. Misalnya, interna datang, bedah datang, anak datang, kita cuman dinas berdua, yang satunya mungkin lagi ke toilet, akhirnya dia kebingungan, bisa jadi salah satu penyebabnya.</i>		
		Informan 8, 40 thn	<i>Saya tidak bikinkan sanksi atau apa, palingan bentuk teguranji saja.</i>		
		Informan 9, 39 thn	<i>Biasa diberikan itu, cuman teguranji.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Sampai sejauh ini belum.</i>		
2.e	Kebijakan menjadi	Informan 2, 45 thn	<i>Bukan.</i>	Dari 6 informan mengatakan bahwa	Kebijakan bukan menjadi hambatan



	hambatan dalam pencapaian IKP.	Informan 3, 46 thn	<i>Tidak.</i>	kebijakan bukan menjadi hambatan dalam pencapaian IKP, akan tetapi menjadi penunjang.	dalam pencapaian insiden keselamatan pasien.
		Informan 4, 40 thn	<i>Tidakji.</i>		
		Informan 5, 41 thn	<i>Bukan tawwa.</i>		
		Informan 6, 37 thn	<i>Sampai sejauh ini bukan ji masalah.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Tidak sih, saya kira kebijakannya menunjang.</i>		
<b>3</b>	<b>Variabel Kepemimpinan</b>				
3.a	Pendelegasian wewenang kepada bawahan terkait IKP.	Informan 1, 42 thn	<i>Saya selalu saya sampaikan kepada karyawan kalau ada sesuatu terjadi, yah melapor.</i>	Dari 10 informan: – 8 informan mengatakan bahwa diberikan pendelegasian dari pimpinan kepada bawahan. – 2 informan mengatakan bahwa tidak ada pendelegasian wewenang kepada bawahan.	Sebagian besar informan mengatakan adanya pendelegasian wewenang kepada bawahan, dengan memiliki tugas masing-masing dan pimpinan harus terlibat.
		Informan 2, 45 thn	<i>Harus itu, pimpinan harus terlibat.</i>		
		Informan 3, 46 thn	<i>Iya didelegasikanji.</i>		
		Informan 4, 40 thn	<i>Tidak adapi begitu, tidak adapi pendelegasian apa-apa, begitu kan pendelegasian harus jelas toh ada SOPnya, tidak adapi.</i>		
		Informan 5, 41 thn	<i>Iya.</i>		
		Informan 6, 37 thn	<i>Iya.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Iya dan itu berlaku untuk kesemuanya, kalau delegasi tugas, mereka masing-masing punya,</i>		



			<i>semua sudah ada tugasnya.</i>		
		Informan 8, 40 thn	<i>Iya, kalau ada pasien seperti itu pasti saya dulu yang dianu toh.</i>		
		Informan 9, 39 thn	<i>Tidak.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Iya.</i>		
3.b	Pemberian penghargaan terkait pencapaian IKP.	Informan 1, 42 thn	<i>Belum ada programnya seperti itu.</i>	Dari 10 informan mengatakan bahwa belum pernah ada pemberian penghargaan, hanya berupa ucapan terima kasih dan juga belum ada program seperti itu.	Sebagian besar informan mengatakan belum ada pemberian penghargaan terutama terkait pencapaian IKP.
		Informan 2, 45 thn	<i>Belum pernah.</i>		
		Informan 3, 46 thn	<i>Tidak adapi.</i>		
		Informan 4, 40 thn	<i>Tidak ada, saya saja yang banyak kerjaku tidak dikasih penghargaan.</i>		
		Informan 5, 41 thn	<i>Belum ada.</i>		
		Informan 6, 37 thn	<i>Tidak sih, palingan ucapan terima kasih. Tidak ada mungkin programnya tawwa, karena seperti itu harus ada dana toh.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Belum pernah sampai seperti itu.</i>		
		Informan 8, 40 thn	<i>Tidak ada sih, ucapan terima kasihji.</i>		
		Informan 9, 39 thn	<i>Belum adapi.</i>		



		Informan 10, 50 thn	<i>Belum pernah ada.</i>		
3.c	Pemberian kebebasan dalam memberikan pendapat kepada bawahan terkait IKP.	Informan 1, 42 thn	<i>Iya disini selaluji seperti itu.</i>	Dari 10 informan mengatakan bahwa adanya pemberian kebebasan dalam memberikan pendapat dan tidak adanya masalah terkait kebebasan memberikan pendapat.	Sebagian besar informan mengatakan adanya pemberian kebebasan dalam memberikan pendapat kepada bawahan terkait IKP.
		Informan 2, 45 thn	<i>Iya harus, tidak bisa tidak itu, cuman itu intern, tidak boleh keluar, tapi kalau kami di dalam harus, dia harus memberikan pendapat karena itu harus menyelesaikan masalah.</i>		
		Informan 3, 46 thn	<i>Iya begituji disini.</i>		
		Informan 4, 40 thn	<i>Iya, tidak adaji masalah soal itu.</i>		
		Informan 5, 41 thn	<i>Begituji selalu, karena kita selalu kumpul sama-sama.</i>		
		Informan 6, 37 thn	<i>Iya pasti.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Iya bebasji tawwa.</i>		
		Informan 8, 40 thn	<i>Bebasji, tapi sesuai SOPji juga toh, tapi kembali ke individunya.</i>		
		Informan 9, 39 thn	<i>Iya disini seperti ituji.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Iya begituji.</i>		
3.d	Pemberian bingan dan	Informan 2, 45 thn	<i>Selalu.</i>	Dari 7 informan:	Sebagian informan mengatakan selalu



dorongan oleh KMKP terkait IKP.	Informan 3, 46 thn	<i>Iya dilakukanji.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 informan mengatakan bahwa selalu dilakukan pemberian bimbingan dan dorongan oleh KMKP setiap tiga bulan sekali.</li> <li>- 1 informan mengatakan bahwa disampaikan ke kepala ruangan dan mereka yang lanjutkan, artinya tidak langsung dari KMKP.</li> <li>- 1 informan mengatakan bahwa dilakukan pemberian bimbingan dan dorongan oleh KMKP.</li> <li>- 3 informan mengatakan bahwa belum dilakukan</li> </ul>	<p>diberikan pemberian bimbingan dan dorongan setiap tiga bulan sekali, dan sebagian lagi informan mengatakan bahwa belum dilakukan hal tersebut oleh pihak KMKP. Adapun juga yang mengatakan bahwa pemberian bimbingan dan dorongan lewat kepala ruangan.</p>
	Informan 4, 40 thn	<i>Tidak tongji, tapi kan kita biasanya hal-hal begitu kita sampaikan ke kepala-kepala ruangan, nanti kepala ruangan yang lanjutkan, tidak langsung kami.</i>		
	Informan 5, 41 thn	<i>Oh iya selalu, tiap tiga bulan ada kapan.</i>		
	Informan 8, 40 thn	<i>Itumi saya bilang sebelumnya, seandainya mau review sebulan sekali.</i>		
	Informan 9, 39 thn	<i>Belum pernahpi.</i>		
	Informan 10, 50 thn	<i>Belum adapi.</i>		





				<p>pemberian bimbingan dan dorongan oleh KMKP.</p>	
3.e	<p>Pengawasan oleh KMKP terkait pencapaian IKP.</p>	<p>Informan 2, 45 thn</p>	<p><i>Dilakukan pengawasan selalu, setiap bulan sekali kan dari laporannya. Dari laporan itu, kita buatmi apasih masalahnya disitu, kita turun ke unitnya.</i></p>	<p>Dari 7 informan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 4 informan mengatakan bahwa dilakukan pengawasan melalui laporan.</li> <li>- 2 informan mengatakan bahwa belum pernah dilakukan pengawasan dari KMKP.</li> <li>- 1 informan mengatakan bahwa belum ada pengawasan dari POKJA, hanya dari kepala ruangan saja yang melakukan pengawasan.</li> </ul>	<p>Sebagian besar informan mengatakan telah dilakukan pengawasan oleh KMKP melalui laporannya, ada beberapa informan yang mengatakan belum pernah ada pengawasan, hanya pengawasan dari kepala ruangan.</p>
		<p>Informan 4, 40 thn</p>	<p><i>Bukan dibilang pengawasan, tidak ada dibilang begitu, hanya kan kita punya grup kepala-kepala ruangan, jadi selaluji didorong kalau ada begitu, bikin laporan.</i></p>		
		<p>Informan 5, 41 thn</p>	<p><i>Iya, misalnya pengawasan paling sering toh itu ada pelaporannya. Jadi tetap ada harus laporan, ada atau tidak ada kejadian, lapor. Nihil, lapor. Kalau tidak ada respon sama sekali, itu yang kita anukan. Jangan jadikan alasan kalau tidak ada kejadian, jadi tidak melapor.</i></p>		
		<p>Informan 6, 37 thn</p>	<p><i>Dilakukan pengawasan tim audit tiap bulan, kita liat perubahannya tiap bulan.</i></p>		
		<p>Informan 8, 40 thn</p>	<p><i>Tidak pernah, karena mungkin baru juga terbentuk toh.</i></p>		
		<p>Informan 9, 39 thn</p>	<p><i>Sejak saya masuk tahun lalu, belum pernah pi.</i></p>		
		<p>Informan</p>	<p><i>Sampai saat ini dari POKJAnyanya belum, tapi</i></p>		



		10, 50 thn	<i>masing-masing dari kepala ruanganji.</i>		
<b>4</b>	<b>Variabel Komunikasi</b>				
4.a	Sosialisasi KKP terkait insiden keselamatan pasien.	Informan 2, 45 thn	<i>Selalu setiap bulan. Kita rapat adakan sosialisasi atau kita ke ruangan sambil jalan begitu.</i>	Sebagian besar informan menyatakan bahwa dilakukan sosialisasi dari KKP bersamaan dengan bagian mutu ke ruangan masing-masing per unit.	Sosialisasi KKP telah diadakan.
	Informan 3, 46 thn	<i>Iya ada, selaluki sama dengan mutu.</i>			
	Informan 4, 40 thn	<i>Kalau sosialisasi iya, karena kan komite keselamatan pasien disini kan bergabung dengan komite mutu toh, kalau dia apa namanya kalau dia sosialisasi mutu, pasti sosialisasi juga itu, bersamaanki.</i>			
	Informan 5, 41 thn	<i>Iya ada dia backup terus itu tawwa, tiap tiga bulan kapan selalu ada pertemuan sosialisasi ini masing-masing per unit.</i>			
	Informan 6, 37 thn	<i>Iya kalau hand hygiene karena kan harus tau iya itu pasti.</i>			
	Informan 7, 37 thn	<i>Pernah, faktor-faktornya keselamatan pasien itu saja sih, bagaimana menjaga pasien supaya itu KTD tidak terjadi, KNC, itu kan bagiannya.</i>			
	Informan 8, 40 thn	<i>Ada tentang anu itu hari bed set rail. Biasa pertemuannya setiap bulan, tapi indikatorji dia bahas. Palingan kami yang turun ke perawat.</i>			
	Informan 9, 39 thn	<i>Iya ada.</i>			
	Informan	<i>Pernah secara umum waktu akreditasi, dari</i>			



		10, 50 thn	<i>pokja SKPI identifikasi pasien, dll. Tapi disampaikan secara umumji.</i>		
4.b	Umpan balik positif dari kejadian yang dilaporkan	Informan 2, 45 thn	<i>Ada.</i>	<p>Dari 8 informan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 5 informan mengatakan bahwa ada umpan balik positif karena pada saat ada masalah, ada tindak lanjut perbaikan.</li> <li>- 2 informan mengatakan bahwa tidak ada umpan balik yang lebih baik, karena hanya pada saat terjadi masalah baru ada umpan balik.</li> <li>- 1 informan mengatakan bahwa terjadi <i>blaming culture</i> pada saat ada kejadian yang dilaporkan.</li> </ul>	<p>Sebagian besar informan mengatakan adanya umpan balik positif dari kejadian yang dilaporkan, akan tetapi beberapa informan mengatakan tidak ada umpan balik yang lebih baik serta adanya <i>blaming culture</i>.</p>
		Informan 4, 40 thn	<i>Iya biasanya sih kalau lapor begitu langsung dikasih tau apaji masalahnya atau segala macam itu teraturji semua itu bagiannya KMKP.</i>		
		Informan 5, 41 thn	<i>Iya setiap muncul itu data-data kecapaian mutu, indikator mutu toh, pasti muncul rekomendasi perbaikan dari pimpinan ke masing-masing bidang yang membawahi unit itu. Begitu prosesnya lancar karena ada PIC nya, dia sudah ada saluran pelaporannya, sudah jelas disiapkan.</i>		
		Informan 6, 37 thn	<i>Iya toh pastimi itu.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Umpan balik seperti ituji kalau ada kejadian saat ituji juga ditindak lanjuti, seperti ituji. Tidak adaji umpan balik yang kayak bagaimana sekali.</i>		
		Informan 8, 40 thn	<i>Tidak ada umpan baliknya kurasa, karena saya melapor-melaporji terus. Palingan terjadipi itu tertusuk jarum, tapi saat ituji juga. Kalau umpan balik yang lain tidak ada.</i>		
		Informan	<i>Itumi tadi terjadiki blaming culture.</i>		



		9, 39 thn			
		Informan 10, 50 thn	<i>Iya, pokoknya begitu ada laporan langsungji.</i>		
4.c	Pertukaran informasi perawatan pasien yang penting selalu tersedia saat pergantian <i>shift</i> .	Informan 8, 40 thn	<i>Iya pasti itu, karena kalau ada tindakan-tindakan yang belum dilakukan pasti di oper toh.</i>	Dari 3 informan mengatakan bahwa pertukaran informasi perawatan pasien dilakukan saat pergantian <i>shift</i> , baik itu lewat WA maupun secara lisan, serta apabila ada tindakan yang belum dilakukan, maka diberikan pada <i>shift</i> berikutnya.	Sebagian besar informan mengatakan bahwa pertukaran informasi perawatan pasien yang penting selalu tersedia saat pergantian <i>shift</i> .
		Informan 9, 39 thn	<i>Selalu.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Biasanya diingatkan disampaikan lewat WA, atau secara lisan.</i>		
4.d	Diskusi bersama dalam mencegah masalah dan setiap terjadi masalah terkait pasien.	Informan 4, 40 thn	<i>Iya selaluji didiskusikan.</i>	Dari 7 informan mengatakan bahwa jika ada masalah atau untuk mencegah masalah pasti didiskusikan bersama.	Pencegahan dan penyelesaian masalah terkait pasien dilakukan secara diskusi bersama.
		Informan 5, 41 thn	<i>Begituji selalu, karena kita selalu kumpul sama-sama.</i>		
		Informan 6, 37 thn	<i>Iya pasti.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Kalau ada kejadian pasti kita diskusi dan pasti langsung ada jalan keluar yang untuk mengatasi masalah tersebut, tapi alhamdulillah di ruangan ini masih terkendali, tidak adaji pasiennya sampai cedera atau apa.</i>		



		Informan 8, 40 thn	<i>Didiskusikanji disini kalau ada apa-apa terjadi.</i>		
		Informan 9, 39 thn	<i>Iya.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Iya itu harus.</i>		
4.e	Masalah saat operan antar unit.	Informan 8, 40 thn	<i>Tidak adaji.</i>	Dari 3 informan: – 2 informan mengatakan bahwa tidak ada masalah saat operan antar unit. – 1 informan mengatakan bahwa pada saat operan dari unit lain, adanya form yang tidak lengkap pada saat diisi atau masalah kelengkapan berkas.	Sebagian besar informan mengatakan tidak ada masalah saat operan antar unit, hanya ada informan yang mengatakan masalahnya berupa pengisian form atau kelengkapan berkas dari unit sebelumnya.
		Informan 9, 39 thn	<i>Kalau dari unit lain seperti IGD atau OK yang serah terima tidak lengkap diisi form-formnya, kelengkapan berkasnya.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Tidak pernah.</i>		
<b>5</b>	<b>Variabel Kerja Tim</b>				
5.a	Bentuk kerja sama yang dilakukan KP dengan	Informan 2, 45 thn	<i>Ituji dalam penanganan masalah sama laporan setiap unit toh.</i>	Dari 8 informan mengatakan bahwa, bentuk kerja sama yang dilakukan berupa	Sebagian besar informan mengatakan bahwa kerja sama yang
		Informan 4, 40 thn	<i>Kerja samanya dalam bentuk ituji toh, klo ada kejadian, terus kemdian kalau ada pelaporan</i>		



	unit lain dalam menurunkan IKP.		<i>tindak lanjutnya kemana, terus kemudian kalau misalnya dibikinkan RCA.</i>	penanganan masalah jika ada kejadian ataupun dari laporan masing-masing unit yang dibuat kemudian diselesaikan dalam rapat dan pembuatan area fokus penanganan masalah.	dilakukan dengan unit lain berupa penanganan masalah jika ada kejadian yang dilaporkan, pembuatan area fokus, serta pemecahan masalah dilihat dari laporan setiap unit.
		Informan 5, 41 thn	<i>Fokusnya itu harus ada dalam setiap tahun ada area fokus dimana kita menurunkan itu angkanya dan meningkatkan kualitas pelayanannya. Terus disepakati dari clinical manajemen ini, kita fokus disini. Terus sama-sama dengan unitnya itu bagaimana strateginya.</i>		
		Informan 6, 37 thn	<i>Ituji HAls, atau lingkungan keslingji, tapi semua lingkupmi memang.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Kami ada rapat pertriwulan, awalnya direncanakan perbulan, tapi ternyata banyak hal yang harus disiapkan, biasa juga lebih cepat dari jadwal sebenarnya, misalnya ada yang urgent untuk segera diatasi.</i>		
		Informan 8, 40 thn	<i>Palingan datangji berkunjung kalau ada kejadian, kayak supervisiji.</i>		
		Informan 9, 39 thn	<i>Ituji kerja samanya kalau ada kejadian.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Secara langsung sebenarnya barangkali ini, tapi secara tidak langsung pastimi ada laporannya dibuat langsung masing-masing dari karu, kemudian diberikan ke yanmed.</i>		
5.b	Kenyamanan pembagian	Informan 8, 40 thn	<i>Iya tidak adaji masalah kalau itu.</i>	Dari 3 informan mengatakan bahwa	Sebagian besar informan



	tugas dengan rekan kerja.	Informan 9, 39 thn	<i>Tidakji kalau disini.</i>	informan merasa tidak ada masalah saat pembagian tugas dengan rekan kerjanya.	mengatakan tidak masalah dengan adanya pembagian tugas dengan rekan kerja.
		Informan 10, 50 thn	<i>Saya rasa disini aman-aman sajaji.</i>		
5.c	Pendapat informan terkait koordinasi antar rekan kerja.	Informan 8, 40 thn	<i>Setiap ada masalah diruangan, selaluji koordinasi dengan rekan kerja.</i>	Dari 3 informan mengatakan bahwa mereka jika ada masalah terkait pasien, selalu berkoordinasi dengan rekan kerjanya terutama masalah terkait pasien.	Sebagian besar informan mengatakan bahwa mereka selalu berkoordinasi terkait masalah pasien.
		Informan 9, 39 thn	<i>Selaluji disini koordinasi kalau ada apa-apa pada pasien.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Kalau dengan teman-teman itu selaluji koordinasi apalagi terkait pasien.</i>		
<b>6</b>	<b>Variabel Kinerja Komite Keselamatan Pasien</b>				
6.a	Latar belakang dibentuknya KKP.	Informan 2, 45 thn	<i>Akreditasi, standar akreditasi, komitenya sebagai wadahnya.</i>	Dari 5 informan: – 2 informan mengatakan bahwa latar belakang KKP dibentuk karena akreditasi. – 1 informan mengatakan bahwa KKP dibentuk karena kesadaran akan keselamatan	Sebagian besar informan mengatakan bahwa latar belakang dibentuknya KKP karena akreditasi, baik itu sebagai tuntutan menjadi suatu instansi, maupun faktor dalam peningkatan mutu serta
		Informan 4, 40 thn	<i>Latar belakangnya ituji akreditasiji. Coba kalau tidak ada akreditasi, tidak dibikinji itu.</i>		
		Informan 5, 41 thn	<i>Pertama kesadaran toh, bahwa yang paling penting dari seluruh proses yang ada disini selain keselamatan pasien, keselamatan pasien itu sendiri prosesnya semua aspek-aspek yang terkait dengan itu harus dibenahi. Yang kedua memang tuntutan sebagai sebuah instansi rumah sakit, baik oleh akreditasi, SPM, Permenkes ini harus dipenuhi juga bahwa</i>		



			<i>harus ada program-program peningkatan mutu dan upaya dalam keselamatan pasien di instansi ini di rumah sakit.</i>	pasien untuk dibenahi serta tuntutan sebagai rumah sakit untuk akreditasi.	keselamatan pasien.
		Informan 6, 37 thn	<i>Saya tidak tau itu, soalnya saya dipilih saja. Tapi saya tidak tau sejarahnya, apa semua saya tidak tau. Karena saya juga tidak turun bekerja disitu sih.</i>	– 1 informan mengatakan bahwa KKP dibentuk karena adanya kejadian, komitmen dari pasien, serta faktor akreditasi.	
		Informan 7, 37 thn	<i>Karena pastiah ada komitmen dari pasien kan, terus ada kejadian mungkin, meskipun di ruangan saya tidak ada, tapi kan dibentuknya pasti ada sebabnya, terus faktor yang mengharuskan juga mungkin karena sekarang rumah sakit semua akreditasi dan semua itu dicari disaat kita akreditasi.</i>	– 1 informan mengatakan tidak tahu soal latar belakang dibentuknya KKP.	
6.b	Tujuan dari KKP.	Informan 2, 45 thn	<i>Untuk peningkatan mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit.</i>	Dari 5 informan mengatakan bahwa tujuan dari KKP adalah untuk peningkatan mutu, keselamatan pasien, serta mengurangi insiden di rumah sakit.	Sebagian besar informan mengatakan bahwa tujuan dari KKP adalah untuk keselamatan pasien dan mengurangi insiden di rumah sakit.
		Informan 4, 40 thn	<i>Sebenarnya untuk keselamatan pasien toh.</i>		
		Informan 5, 41 thn	<i>Untuk menghindari terjadinya insiden dan keselamatan pasien.</i>		
		Informan 6, 37 thn	<i>Palingan ituji untuk mengurangi insiden kejadian-kejadian di rumah sakit, begitu ituji kayaknya.</i>		





		Informan 7, 37 thn	<i>Untuk keselamatan pasien seperti ituji.</i>		
6.c	Pengetahuan informan terkait program KKP.	Informan 2, 45 thn	<i>Enam pokoknya itu, enam langkah.</i>	<p>Dari 8 informan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 informan yang mengatakan bahwa program KKP adalah 6 sasaran keselamatan pasien.</li> <li>- 1 informan yang mengatakan bahwa program KKP adalah menurunkan angka kesalahan obat.</li> <li>- 1 informan mengatakan bahwa programnya adalah status resiko jatuh, pengurangan infeksi, <i>high alert</i>.</li> <li>- 1 informan mengatakan bahwa programnya masuk dalam program mutu tapi tidak menjelaskan seperti</li> </ul>	<p>Sebagian besar informan mengetahui bahwa program KKP adalah 6 sasaran keselamatan pasien dan ada beberapa yang tidak mengetahui program KKP.</p>
		Informan 4, 40 thn	<i>Secara garis besar pasti saya tidak tau toh, tapi adaji dia punya programnya mutu itu masukmi juga disitu, kan satu komiteji mutu dan keselamatan pasien.</i>		
		Informan 5, 41 thn	<i>Ituji kutau menurunkan angka kesalahan pemberian obat.</i>		
		Informan 6, 37 thn	<i>Kurang tau itu saya, karena tidak turunka bekerja disitu.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Prokernya kayaknya banyak, tapi intinya tu dia kita mencari. Kalau ada kejadian, pasti kita bikin data, bikin data, lapor data, lapor data pasti ada pemecahannya, pemecahannya kita diskusikan kembali, setelah itu melakukan hasil pemecahan dan evaluasi kembali.</i>		
		Informan 8, 40 thn	<i>Mungkin itu peningkatan keselamatan pasien dan enam sasaran keselamatan pasien, tidak ada saya tau, ituji palingan.</i>		
		Informan 9, 39 thn	<i>Ituji kutau di status yang resiko jatuh, pengurangan infeksi, obat high alert.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Tidak saya tau.</i>		



				<p>apa programnya.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 informan mengatakan bahwa program KKP berupa pembuatan data pada saat kejadian, melaporkan, pemecahan masalah dan dievaluasi.</li> <li>- 2 informan mengatakan tidak mengetahui program KKP.</li> </ul>	
6.d	Standar untuk menilai kinerja pada KKP.	<p>Informan 2, 45 thn</p> <p>Informan 4, 40 thn</p>	<p><i>Setiap unit membuat indikator, dibuat laporannya, kita lihat apa masalah di unit tersebut, dia buat semacam penyelesaian masalah sampai dia tercapai, nah disitumi dilihat indikator keberhasilannya.</i></p> <p><i>Tidak adapi, harusnya kan memang manajemen di atasnya bikinkanki standar kinerja. Eh tapi masalahnya kan kalau dibikinkan kinerja harus ada rewardnya. Orang-orang yang duduk di komite itu tidak mendapatkan honor sepersipun loh, jadi ngapain. Dia dikasih nilai kinerja nol pun dia</i></p>	<p>Dari 5 informan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 informan mengatakan bahwa indikator untuk menilai kinerja pada KKP dengan melihat laporan dari masing-masing unit.</li> <li>- 3 informan mengatakan bahwa mereka tidak</li> </ul>	<p>Tidak diketahuinya standar untuk menilai kinerja pada KKP.</p>



			<i>tidak bakal peduli toh, ngapain orang kalau tidak bayar apa-apa. Sejauh ini juga menurutku tidak taumi dinilai atau tidak, tapi tidak taumi kalau ada menurut ketua KMKP, tapi mungkin belum sampai ke saya. Atau mungkin pernah na nilai tapi saya tidak tau.</i>	mengetahui standar untuk menilai kinerja pada KKP karena menurutnya, harusnya hal itu dibuat oleh pihak manajemen dan selain itu dilihat dari ketercapaian program. - 1 informan mengatakan bahwa yang menjadi standar untuk menilai kinerja pada KKP adalah enam sasaran keselamatan pasien.	
		Informan 5, 41 thn	<i>Kalau saya tidak tau. Kalau menurutku, tentu jelaski pertama strukturnya jalan, program jelas, selalu diperbarui programnya, kemudian fokus yang ingin dilakukan tiap tahun, dia bisa identifikasi yang mana target kita mau diperbaiki, ada evaluasinya, bagaimana capaiannya, dia sudah menyusun program selama itu. Itu harusnya lihat kita bisa uji, jalan atau tidak.</i>		
		Informan 6, 37 thn	<i>Tidak, kami itu cuman dikasih masuk namanya, disuruh buat laporannya sesuai dengan bagian unit ta' masing-masing. Saya sesuaii pekerjaanku memang bagian PPI ja', tidak adaji hubungannya dengan dia.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Ada enam kan, yang harus diperhatikan untuk keselamatan pasien.</i>		
6.e	Pendapat informan terkait kinerja KKP	Informan 8, 40 thn	<i>Kurang koordinasi itu KKP dan mungkin kurang personel juga kapan.</i>	Dari 3 informan mengatakan bahwa kinerja KKP belum berjalan sesuai dengan	Komite keselamatan pasien belum berjalan dengan baik.
		Informan 9, 39 thn	<i>Orang-orangnya saja saya tidak tau dan tidak berjalan juga disini KKP.</i>		



	pencapaian IKP.	Informan 10, 50 thn	<i>Belum berjalan sesuai dengan yang kita harapkan.</i>	yang diharapkan, kurangnya koordinasi dari KKP itu sendiri, dan bahkan ada informan yang belum tau sama sekali orang-orang yang ada di KKP.	
6.f	Faktor-faktor yang mempengaruhi indikator kinerja KKP terhadap pencapaian IKP.	Informan 2, 45 thn	<i>Support dari pimpinan serta dukungan dari semua pihak.</i>	Dari 5 informan mengatakan bahwa faktor dari SDM baik dari segi kualitas maupun ketersediaan SDM nya, selain itu faktor dari <i>support</i> pimpinan, kerja sama antar unit, <i>controlling</i> , dan pelaporannya.	Faktor SDM berupa ketersediaan SDM itu sendiri maupun dari segi kualitasnya serta dukungan dari kepemimpinan yang mampu mempengaruhi kinerja KKP terhadap pencapaian IKP.
		Informan 4, 40 thn	<i>Kualitas SDM, terkait pelatihannya, support kerjanya, harus juga purnawaktu disana. Jangan asal taroh nama saja, supaya betul-betul bekerja ini.</i>		
		Informan 5, 41 thn	<i>Tentu SDM, kedua supporting dari pimpinan toh, yang ketiga tentu dukungan atau kerja sama dari unit-unit di bawah, apa betul-betul mereka paham dan mau kerja sama melaporkan. Keempat tentu misalnya harus memang di back up kalau ada yang dibutuhkan anggaran toh.</i>		
		Informan 6, 37 thn	<i>Faktor SDM karena kesibukan, dan lain-lain, yang bikin tidak sinkron, ituji.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Mulai dari SDMnya, mulai dari teknik controllingnya, mulai dari pengaplikasian bagaimana cara pelaporannya, cara</i>		



			<i>pemecahan masalahnya, pasti itu kalau semua berjalan, pasti dapat masalahnya dan pasti dapat jalan keluarnya.</i>		
6.g	Hambatan terkait insiden keselamatan pasien	Informan 2, 45 thn	<i>Ituji blaming culture.</i>	Dari 8 informan mengatakan bahwa <i>blaming culture</i> , bagaimana sistem pelaporan, kepatuhan individu untuk melapor, kesadaran individu masing-masing dalam melaporkan, serta kurangnya sosialisasi terkait sistem pelaporan yang menjadi hambatan terkait insiden keselamatan pasien.	Hambatan terkait insiden keselamatan pasien di rumah sakit yaitu masih adanya <i>blaming culture</i> , kurangnya kesadaran individu dalam melaporkan, dan sistem pelaporan yang masih belum dipahami.
		Informan 4, 40 thn	<i>Masih ada yang belum paham mungkin sistem pelaporan. Bisa jadi seperti itu.</i>		
		Informan 5, 41 thn	<i>Budaya pelaporan masih ada yang belum paham betul.</i>		
		Informan 6, 37 thn	<i>Kepatuhan dari masing-masing SDM di setiap unit untuk melaporkan. Ituji.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Belum semua orang tau arahnya bakalan kemana ini kalau melapor orang. Masih terkendala dengan sistem pelaporan.</i>		
		Informan 8, 40 thn	<i>Dari individunya ji ini yang tidak hati-hati dan kesadaran dari individunya ji juga yang bisa timbulkan insiden.</i>		
		Informan 9, 39 thn	<i>Masih ada yang takut melapor karena takut dikembalikan ke dia kesalahannya.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Kurang sosialisasi, apalagi terkait masalah pelaporannya jadi masih ada yang kurang tau.</i>		
6.h	Hal-hal yang mempengaruhi keberhasilan KKP.	Informan 2, 45 thn	<i>Dukungan semua pihaklah pokoknya supaya mencapai tujuan.</i>	Dari 7 informan mengatakan bahwa hal yang mempengaruhi keberhasilan KKP adalah dukungan	Hal-hal yang mempengaruhi keberhasilan KKP adalah kualitas dan ketersediaan SDM,
		Informan 4, 40 thn	<i>Pertama pastimi kualitasnya toh, kualitas SDM itu dalam artian banyak hal toh, yang pertama support pelatihannya, support kerjanya juga,</i>		



			<i>dalam artian kalau memang mau dikasih bagus ini, maka dikasih purnawaktu itu saja yang dikerjakan toh, supaya benar-benar fokus kesitu. Selama inikan hanya asal namaji disitu, walaupun tetapji diijalankan programnya, tapi pastimi tidak semaksimal kalau dia hanya bekerja itu tok.</i>	semua pihak, kualitas dan ketersediaan SDM, pemberian sosialisasi yang rutin, dan pelaporan setiap insiden secara rutin.	dukungan semua pihak di rumah sakit, sosialisasi, serta pelaporan secara rutin.
		Informan 5, 41 thn	<i>Semangat teman-teman, cepat mereka datang kalau ada sosialisasi, dukungan manajemen sudah bagus.</i>		
		Informan 6, 37 thn	<i>Pelaporannya karena ini ji amanki, tidak adaji masalah.</i>		
		Informan 8, 40 thn	<i>Pemberian sosialisasi yang rutin.</i>		
		Informan 9, 39 thn	<i>Kualitas SDM dan pelaporan setiap insiden, jadi tidak saling menyalahkan kalau ada kejadian.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Pelaporan yang rutin biasanya bisa lihat bagaimana capaiannya toh.</i>		
6.i	Hal-hal yang mempengaruhi kegagalan KKP.	Informan 2, 45 thn	<i>Tidak adanya perhatian khusus jadi double job disitu.</i>	Dari 8 informan mengatakan bahwa hal yang mempengaruhi kegagalan KKP adalah belum ada tenaga yang purnawaktu di KKP sehingga SDM disana	Hal-hal yang mempengaruhi kegagalan KKP yaitu kualitas dan ketersediaan SDM dan motivasi untuk berpartisipasi pada
		Informan 4, 40 thn	<i>Iya tenaganya, belum ada tenaga yang benar-benar purnawaktu itu yang taroh disitu. Kalau kinerjanya sekarang di rumah sakit, seperti yang saya sudah bilang di awal tadi bahwa kita belum terlalu maksimal toh karena rata-rata</i>		



			<i>disitu merangkap kesana kemari, masih dianggap kurang orang lah untuk bisa berpartisipasi.</i>	memiliki <i>double job</i> , kurangnya SDM, KKP juga baru terbentuk sehingga budaya pelaporan ada yang masih belum paham, koordinasi dan pelatihan yang dilakukan masih kurang, serta motivasi untuk terlibat di KKP masih sedikit dan motivasi untuk melaporkan juga kurang.	KKP masih kurang.
		Informan 5, 41 thn	<i>Karena kita masih baru, budaya pelaporan masih ada belum paham. Boleh jadi juga tidak jujur dalam melaporkan, baru belum tau yang mana KTD, KNC, dll. Belum bisa diidentifikasi itu karena kita masih baru.</i>		
		Informan 6, 37 thn	<i>Itu ji toh SDM nya yang kurang memang.</i>		
		Informan 7, 37 thn	<i>Karena komite keselamatan pasien itu semua masih menjabat orang lain, tidak ada yang fokus disitu. Motivasi untuk terlibat di komite keselamatan pasien itu masih sedikit disini.</i>		
		Informan 8, 40 thn	<i>Koordinasinya yang kurang.</i>		
		Informan 9, 39 thn	<i>Motivasi teman-teman yang dibawah untuk berani melaporkan kalau ada kejadian karena masih takut melapor, nanti dikembalikan kesalahannya ke dia lagi.</i>		
		Informan 10, 50 thn	<i>Pelatihan masih kurang, SDM juga belum merata.</i>		
6.j	Hal-hal yang mendukung kinerja KKP at berjalan	Informan 2, 45 thn	<i>Dukungan dari semua pihak terutama dukungan pimpinan, harus itu. KKP itu roh nya rumah sakit, kalau orang mau tau, cuman orang tidak mau tau. Dianggap komite biasaji.</i>	Dari 8 informan mengatakan bahwa hal yang mendukung kinerja KKP dapat	Hal-hal yang mendukung kinerja KKP dapat berjalan





dengan baik.		<i>Karena tidak adanya perhatian khusus, akhirnya jadi double job semua disitu.</i>	berjalan dengan baik adalah dukungan dari semua pihak terutama pimpinan, harus ada SDM yang purnawaktu di KKP agar anggotanya lebih aktif, lebih rutin dalam mensosialisasikan datanya, koordinasi antar anggota, <i>controlling</i> yang lebih rutin, dan evaluasi.	dengan baik adalah dukungan dari semua pihak, ketersediaan SDM, sosialisasi, <i>controlling</i> , dan evaluasi secara rutin.
	Informan 4, 40 thn	<i>Harus ada orang yang duduk disitu benar-benar, ituji. Maksudnya jangan asal ambil saja orang toh nama disitu, ituji. Kalau ituji saja pekerjaannya, pasti fokusji dan bakalan berjalanki ini dengan baik.</i>		
	Informan 5, 41 thn	<i>Lebih aktif memposting datanya, setiap tiga bulan disosialisasikan, untuk lihat perkembangannya dari awal.</i>		
	Informan 6, 37 thn	<i>Lebih sering berkoordinasi antar anggotanya toh, biar tercapai tujuannya supaya lebih baik.</i>		
	Informan 7, 37 thn	<i>Controllingnya harus lebih sering, dalam artian terkadang ada data yang kita kumpul, kita tidak tau feedbacknya apasih ini, benarmi ini data, salahkah atau mau diapakan ini. Tapi kalau saya pribadi tauji, kita semua baru memulai.</i>		
	Informan 8, 40 thn	<i>Lebih sering turun evaluasi lah ke ruangan-ruangan.</i>		
	Informan 9, 39 thn	<i>Lebih aktif lagi anggotanya dan bisa menambah motivasi teman-teman agar tidak takut melapor.</i>		
	Informan 10, 50 thn	<i>Pelatihan dan sosialisasi secara teratur, setiap enam bulan lah.</i>		

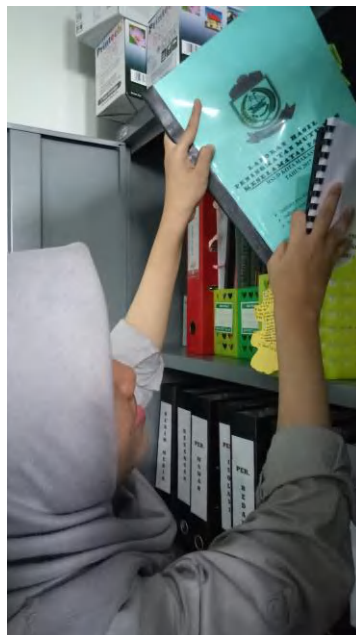
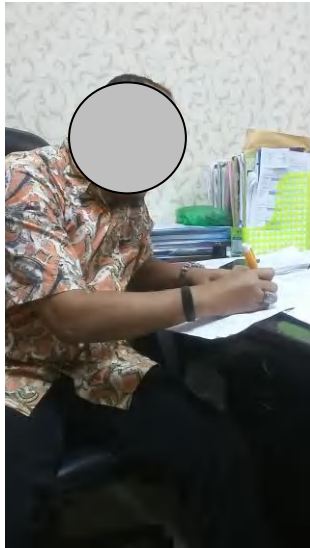




LAMPIRAN 6

DOKUMENTASI KEGIATAN





## LAMPIRAN 7

## SURAT-SURAT

## SURAT PENUGASAN SEMINAR PROPOSAL



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Makassar 90245, Telp. (0411) 585658, 516-005, fax (0411) 586013  
E-mail : dekanfkmuh@gmail.com, Website : www.unhas.ac.id/fkm

**SURAT PENUGASAN SEMINAR PROPOSAL**

Nomor : 1026/UN4.14/KP.05.00/2019

Dari : Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin  
Untuk : Mereka yang tersebut namanya pada surat penugasan ini dianggap ahli dalam bidangnya untuk bertugas dalam panitia Seminar Proposal mahasiswa FKM- UNHAS  
Isi : 1. Menilai Mahasiwa Seminar dengan susunan Tim Penilai:

No	Nama Dosen	Jabatan/ Peminatan
1.	Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH	Pembimbing I
2.	Adelia U. Ady Mangilep, SKM.MARS	Pembimbing II
3.	Dr. Irwandy, SKM.,M.ScPH.,M.Kes	Penguji / I
4.	Nur Arifah, SKM.,MA	Penguji / II
5.	Dr. dr. Masyita Muis., MS	Penguji /III

2. Mahasiswa FKM-UH yang akan menempuh Seminar Proposal:

Nama : Faika Annisa  
Nim : K111 15 011  
Departemen : Manajemen Rumah Sakit  
Judul : Evaluasi Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di RSUD Kota Makassar dengan Pendekatan *Realist Evaluation*

3. Waktu Pelaksanaan Seminar Proposal :

Hari/ Tanggal : Kamis/ 7 Februari 2019  
Jam : 10.30 Wita – 12.00 Wita  
Tempat : Ruang K-224. Lt II FKM Unhas

4. Agar surat penugasan ini dilaksanakan dengan penuh rasa tanggung jawab

5. Surat penugasan ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya, dengan ketentuan bahwa segala sesuatunya akan berubah dan diperbaiki sebagaimana mestinya apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam penugasan ini.

Makassar, 6 Februari 2019

Dekan FKM Unhas,

**Dr. Aminuddin Syam, SKM.,M.Kes.,M.Med.Ed**

Nip. 19670617 199903 1 001

Tembusan :

1. Wakil Dekan FKM Unhas Sebagai Laporan
2. Bagian Akademik FKM-UNHAS
3. Bagian Keuangan FKM-UNHAS
4. Pengelola Seminar Departemen MRS FKM-UNHAS



## SURAT PERSETUJUAN PENELITIAN DARI FAKULTAS



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI**  
**UNIVERSITAS HASANUDDIN**  
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**  
 Jl. Perintis Kemerdekaan Km.10 Makassar 90245, Telp. (0411) 585658, Fax 0411 - 586013  
 E-mail : fkmuh@unhas.ac.id, website: www.fkm.unhas.ac.id

Nomor : 2833/UN4.14.1/PL.00.00/2019  
 Hal : Izin Penelitian

26 Maret 2019

**Yang Terhormat**  
**Gubernur Provinsi Sulawesi Selatan**  
**Cq. Kepala UPT P2T-BKPM**  
**Provinsi Sulawesi Selatan**  
**di – Makassar**

Kami ajukan mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin yang bermaksud untuk melakukan penelitian dalam rangka penyusunan skripsi.

Untuk melaksanakan penelitian ini, kami mengharapkan bantuan Bapak/Ibu kiranya dapat memberikan izin kepada :

Nama : Faika Annisa  
 Nim : K11115011  
 Program Studi : Kesehatan Masyarakat  
 Departemen : Manajemen Rumah Sakit  
 Judul Tugas Akhir : **Evaluasi Kinerja Komite Keselamatan Pasien di RSUD Kota Makassar dengan Pendekatan Realist Evaluation.**  
 Pembimbing : 1. Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH  
 2. Adelia U. Ady Mangilep, SKM.MARS

Atas bantuan dan kerjasama yang baik, kami sampaikan banyak terima kasih.



**Wakil Dekan Bidang Akademik, Riset dan Inovasi**

**Ansariadi, SKM, MScPH, Ph.D**  
 NIP. 197201091997031004

Tembusan :

1. Dekan FKM Unhas
2. Pembimbing Skripsi Mahasiswa ybs





## SURAT PENELITIAN DARI BKPM



**PEMERINTAH PROVINSI SULAWESI SELATAN**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**  
**BIDANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN PERIZINAN**

Nomor : 13609/S.01/PTSP/2019  
 Lampiran :  
 Perihal : **Izin Penelitian**

KepadaYth.  
 Walikota Makassar

di-  
**Tempat**

Berdasarkan surat Dekan Fak. Kesehatan Masyarakat UNHAS Makassar Nomor : 2833/UN4.14.1/PL.00.00/2019 tanggal 26 Maret 2019 perihal tersebut diatas, mahasiswa/peneliti dibawah ini:

Nama : **FAIKA ANNISA**  
 Nomor Pokok : K11115011  
 Program Studi : Kesehatan Masyarakat  
 Pekerjaan/Lembaga : Mahasiswa(S1)  
 Alamat : Jl. P. Kemerdekaan Km. 10, Makassar

Bermaksud untuk melakukan penelitian di daerah/kantor saudara dalam rangka penyusunan Skripsi, dengan judul :

**" EVALUASI KINERJA KOMITE KESELAMATAN PASIEN DI RSUD KOTA MAKASSAR DENGAN PENDEKATAN REALIST EVALUATION "**

Yang akan dilaksanakan dari : Tgl. **11 April s/d 11 Mei 2019**

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, pada prinsipnya kami *menyetujui* kegiatan dimaksud dengan ketentuan yang tertera di belakang surat izin penelitian.

Demikian Surat Keterangan ini diberikan agar dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Makassar  
 Pada tanggal : 01 April 2019

A.n. GUBERNUR SULAWESI SELATAN  
**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**  
 PROVINSI SULAWESI SELATAN  
 Sebagai Administrator Pelayanan Perizinan Terpadu



**A.M. YAMIN, SE., MS.**  
 Pangkat : Pembina Utama Madya  
 Nip : 19610513 199002 1 002

Tembusan Yth  
 1. Dekan Fak. Kesehatan Masyarakat UNHAS Makassar di Makassar.  
 2. *Peringatan*.

SIMAP PTSP 01-04-2019



Jl. Bougenville No.5 Telp. (0411) 441077 Fax. (0411) 448936  
 Website : <http://simap.sulselprov.go.id> Email : [ptsp@sulselprov.go.id](mailto:ptsp@sulselprov.go.id)  
 Makassar 90222



Optimization Software:  
[www.balesio.com](http://www.balesio.com)

## SURAT KETERANGAN SELESAI PENELITIAN


**PEMERINTAH KOTA MAKASSAR  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KOTA MAKASSAR**

Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 14 ☎ 0411-513127 – 510016 Fax. 0411 – 587256 Makassar

Makassar, 23 Mei 2019

**SURAT KETERANGAN**

No : 277 /YM-RSUD-MKS/V/2019

Yang bertandatangan di bawah ini :


Nama : Dra. Asriati, M.M  
 NIP : 19660907 199401 2 003  
 Pangkat/Gol : Pembina  
 Jabatan : Kabag Pelayanan Masyarakat  
 Unit Kerja : RSUD Kota Makassar

Dengan ini menerangkan :

Nama : Faika Annisa  
 NIM : K11115011  
 Program Studi : Kesehatan Masyarakat  
 Asal Perg. Tinggi : UNHAS  
 Alamat : Jl Perintis Kemerdekaan Km. 10, Makassar

Telah melaksanakan Penelitian di RSUD Kota Makassar sejak 11 April sampai dengan 11 Mei 2019 dengan judul *Skripsi* “**EVALUASI KINERJA KOMITE KESELAMATAN PASIEN DI RSUD KOTA MAKASSAR DENGAN REALIST EVALUATION**”

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana semestinya.

Kabag Pelayanan Masyarakat  
  
**Dra. Asriati, M.M**  
 Pangkat/Gol : Pembina/IV.a  
 Nip. 19660907 199401 2 003



## SURAT PENUGASAN UJIAN SKRIPSI



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT**

*Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 10 Makassar 90245, Telp. (0411) 585658, 516-005, fax (0411) 586013  
E-mail : dekanfkmuh@gmail.com, Website : www.unhas.ac.id/fkm*

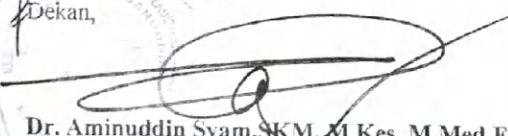
### SURAT PENUGASAN UJIAN SKRIPSI

Nomor : 5754/UN4.14/KP.05.00/2019

Dari : Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin  
Untuk : Mereka tersebut pada surat penugasan ini dianggap cakap dalam bidangnya untuk bertugas dalam panitia Ujian Skripsi mahasiswa FKM – UNHAS

- Isi :
1. Susunan Tim Penilai :
    - Ketua : Prof. Dr. dr. H. M. Alimin Maidin, MPH
    - Sekretaris : Adelia U. Ady Mangilep, SKM.MARS
    - Penguji : 1. Dr. Irwandy, SKM.,M.ScPH.,M.Kes
    - 2. Nur Arifah, SKM.,MA
    - 3. Dr. dr. Masyita Muis., MS
  2. Mahasiswa FKM – UNHAS yang akan menempuh Ujian Skripsi :
    - Nomor Surat Izin Ujian UNHAS : 16946/UN4.1.1.2.1.1 /DA.04.09/2019
    - Nama : Faika Annisa
    - Nim : K111 15 011
    - Departemen : Manajemen Rumah Sakit
    - Judul : Evaluasi Kinerja Komite Keselamatan Pasien di RSUD Kota Makassar dengan Pendekatan Realist Evaluation
  3. Waktu Pelaksanaan Ujian Skripsi :
    - Hari/Tanggal : Rabu, 17 Juli 2019
    - Jam : 13.00 WITA – 14.30 WITA
    - Tempat : Ruang K.224 Lt.2 FKM Unhas
  4. Agar surat penugasan ini dilaksanakan dengan penuh rasa tanggung jawab
  5. Surat penugasan ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya, dengan ketentuan bahwa segala sesuatunya akan dirubah dan diperbaiki sebagaimana mestinya, apabila dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan dalam surat penugasan ini.

Makassar, 11 Juli 2019  
Dekan,

  
**Dr. Aminuddin Svam, SKM., M.Kes., M.Med.Ed**  
Nip. 19670617 199903 1 001



**LAMPIRAN 8****RIWAYAT HIDUP**

Nama : Faika Annisa  
 NIM : K111 150 11  
 TTL : Ujung Pandang, 20 Januari 1997  
 Agama : Islam  
 Alamat : Jl. Datuk Ribandang No. 6a  
 No. Hp : 085299165963  
 Email : faikaannisa31@gmail.com

**Riwayat Pendidikan :**

1. TK Negeri Pembina Makassar
2. SD Inpres Baraya I Makassar
3. SMP Negeri 5 Makassar
4. SMA Negeri 3 Makassar
5. Universitas Hasanuddin Fakultas Kesehatan Masyarakat Jurusan Manajemen Rumah Sakit

**Riwayat Organisasi:**

1. Divisi Penelitian dan Pengembangan Hospital Management Student Community (HMSC) FKM Unhas Periode 2017-2018
2. Divisi Internal Organisasi Hospital Management Student Community (HMSC) FKM Unhas Periode 2018-2019

