

TESIS
EVALUASI PELAKSANAAN SISTEM PELAPORAN
INSIDEN KESELAMATAN PASIEN (*INCIDENT REPORTING*)
OLEH PETUGAS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT UNIVERSITAS
HASANUDDIN



RENI ASTUTI MR

N I M : C012171029

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

2021

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

**EVALUASI PELAKSANAAN SISTEM PELAPORAN INSIDEN
KESELAMATAN PASIEN (*INCIDENT REPORTING*)
OLEH PETUGAS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

Disusun dan diajukan oleh

**RENI ASTUTI MR
C012171029**

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin pada tanggal 13 Agustus 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan

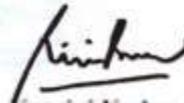
Menyetujui,

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping



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



Kusri Kadar, S.Kp.,MN.,PhD
NIP. 19760311 200501 2 003

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



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



Dean of the Faculty of Nursing
Universitas Hasanuddin,

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

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Reni Astuti MR
NIM : C012171029
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas : Keperawatan
Judul : Evaluasi Pelaksanaan Sistem Pelaporan Insiden
Keselamatan Pasien (*Incident Reporting*) Oleh
Petugas Kesehatan di Rumah Sakit Universitas
Hasanuddin.

Menyatakan bahwa tesis saya ini asli dan belum pernah diajukan untuk mendapat gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, 2021

Yang Menyatakan,



Reni Astuti MR

KATA PENGANTAR

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatu. Alahamdulillahi Robbilalaamin. Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT karena atas limpahan berkat rahmat dan hidayah-Nya, sehingga tesis ini dapat terselesaikan dengan judul “Evaluasi Pelaksanaan Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (*Incident Reporting*) Oleh Petugas Kesehatan Di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin”.

Proses penulisan tesis ini telah melewati perjalanan panjang dan banyak kendala yang dihadapi oleh penulis. Namun, dengan adanya petunjuk, bimbingan dan motivasi dari para pembimbing dan penguji serta kerjasama dari berbagai pihak sehingga tesis ini dapat terselesaikan dengan baik. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada yang terhormat :

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina P.,MA, selaku Rektor Universitas Hasanuddin
2. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Ibu Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes, Selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
4. Bapak Dr. Takdir Tahir., S.Kep.Ns., M.Kes. selaku pembimbing I atas kesabaran dan bimbingannya kepada penulis.
5. Ibu Kusrini Kadar, S.Kp., MN., PhD selaku pembimbing II, selaku pembimbing II atas kesabaran dan bimbingannya kepada penulis.
6. Bapak Prof. Dr. dr. Syafri K. Arif, Sp.An.KIC,KAKV, selaku Direktur Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
7. Seluruh Dosen dan Staf Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin.
8. Petugas Kesehatan RS Universitas Hasanuddin yang telah meluangkan waktunya dan bersedia menjadi responden pada penelitian ini.

9. Rekan-rekan PSMIK angkatan VIII yang telah banyak membantu dan memberi dukungan kepada penulis dalam penyusunan tesis ini.
10. Semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian proposal tesis ini yang tidak dapat penulis sebutkan namanya satu persatu. Akhir kata, semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya di PSMIK Universitas Hasanuddin.

Akhir kata penulis mengharapkan penyusunan tesis ini dapat bermanfaat bagi semua pihak dan juga semoga Allah SWT membalas semua pihak yang telah berjasa kepada penulis selama penulis menempuh pendidikan dengan pahala yang berlipat ganda.

Makassar, Agustus 2021

Penulis,

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
ABSTRAK	viii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
DAFTAR SINGKATAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
1. Tujuan Umum	6
2. Tujuan Khusus	6
D. Originalitas Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. Algoritme Pencarian	8
B. Tinjauan Literatur	8
1. Keselamatan Pasien	8
2. Insiden Keselamatan Pasien	11
3. Tipe Insiden Keselamatan Pasien	13
4. Pelaporan Insiden	17
5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keselamatan Pasien	20
C. Kerangka Teori	26
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL	27
A. Kerangka Konsep Penelitian	27
BAB IV METODE PENELITIAN	28
A. Desain Penelitian	28
B. Tempat Dan Waktu Penelitian	28
C. Populasi Dan Sampel	29
D. Instrumen, Metode & Prosedur Pengumpulan Data	30

E. Analisis Data	32
F. Etik Penelitian	35
G. Alur Penelitian.....	36
BAB V HASIL PENELITIAN.....	38
A. Hasil Kuantitatif.....	38
B. Hasil Kualitatif	39
BAB VI PEMBAHASAN.....	50
A. Pembahasan Hasil	50
B. Implikasi dalam Praktik Keperawatan	55
C. Keterbatasan Penelitian	55
D. Rekomendasi	55
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN	56
A. Kesimpulan.....	56
B. Saran.....	56
Daftar Pustaka	57
Lampiran	

ABSTRAK

Reni Astuti MR. **Evaluasi Pelaksanaan Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (*Incident Reporting*) oleh Petugas Kesehatan Di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar.** (dibimbing oleh Takdir Tahir dan Kusri S.Kadar.

Latar Belakang : Sistem pelaporan Insiden keselamatan pasien memberikan informasi tentang terjadinya keselamatan pasien yaitu insiden untuk mengurangi risiko, memperbaiki sistem, belajar dari kesalahan, dan berbagai pembelajaran. Namun, di tingkat rumah sakit, sebagian besar proses pembelajaran berakhir pada pelaporan. Salah satu faktor resiko munculnya insiden yang berulang yaitu proses evaluasi dari pelaporan IKP belum berjalan.

Tujuan : untuk mengeksplorasi dan mengevaluasi pelaksanaan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien (*incident reporting*) oleh petugas kesehatan di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin.

Metode : Penelitian ini menggunakan metode penelitian *mixed method* kuantitatif dan kualitatif dengan menggunakan desain eksplanatori sekuensial. Data kuantitatif dikumpulkan melalui laporan insiden keselamatan pasien tahun 2017-2020, dan data kualitatif dikumpulkan melalui wawancara semi terstruktur pada 9 petugas kesehatan.

Hasil : Hasil penelitian menunjukkan di dapatkan total insiden 188 kejadian terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Potensial Cedera (KPC) dan Kejadian Tidak Cedera (KTC). Bentukpelaporan yang banyak digunakan dengan Web (SISMADAK) Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi petugas dalam pelaporan ; ketakutan, pengetahuan,motivasi dan dukungan organisasi, serta umpan balik dari pelaporan dapat berupa investigasi sampai dengan adanya rekomendasi/solusi.

Kesimpulan :pelaksanaan sistem pelaporan di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, sudah berjalan dengan baik, dengan adanya laporan jenis insiden yang dilakukan oleh petugas kesehatan, dengan bentuk pelaporan menggunakan aplikasi web (SISMADAK), meskipun ketakutan untuk melaporkan menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi petugas, selain faktor pengetahuan,motivasi dan dukungan organisasi. Dari pelaporan ada umpan balik yang diberikan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS).

Kata Kunci : Sistem pelaporan, *patient safety*, pelaporan insiden

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Penilaian Dampak Klinis / Konsekuensi / Severity	17
Tabel 2.2 Penilaian probabilitas / Frekuensi	18
Tabel 2.3 Matriks Grading Resiko	18
Tabel 2.4 Tindakan sesuai Tingkat dan bands risiko	19
Tabel 4.1 Time schedule penelitian	29
Tabel 5.1 Klasifikasi Jenis Insiden Keselamatan Pasien Yang Dilaporkan Oleh Petugas Kesehatan	38
Tabel 5.2 Data Karakteristik Responden	40
Tabel 5.3 Bentuk Insiden yang terjadi dan dilaporkan oleh petugas kesehatan..	41
Tabel 5.4 Bentuk pelaksanaan pelaporan insiden	42
Tabel 5.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi petugas dalam sistem pelaporan insiden keselamatan pasien.....	43
Tabel 5.6 Umpan balik pelaporan	45

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	26
Gambar 2.2 Kerangka Konsep	27
Gambar 4.1 Alur Penelitian.....	37

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Permohonan Menjadi Responden	42
Lampiran 2. Lembar Persetujuan Menjadi Responden	43
Lampiran 3. Panduan Wawancara.....	44
Lampiran 4. Hasil Wawancara Responden.....	65
Lampiran 5. Persetujuan Penelitian	115
Lampiran 6. Rekomendasi Etik.....	116

DAFTAR SINGKATAN

FGD	: <i>Focus of Discussion</i>
IOM	: <i>Institute of Medicine</i>
IKP	: Insiden Keselamatan Pasien
IHPSC	: <i>International Hospital Patient Safety Center</i>
JCI	: <i>Joint Comission International</i>
KARS	: Komite Akreditasi Rumah Sakit
KTD	: Kejadian Tidak Diharapkan
KNC	: Kejadian Nyaris Cedera
KPC	: Kejadian Potensial Cedera
KTC	: Kejadian Tidak Cedera
KKPRS	: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
NRLS	: <i>National Reporting Learning System</i>
OK	: <i>Operative Kamer/Kamar Operasi</i>
PS	: <i>Patient Safety</i>
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
PNS	: Pegawai Negeri Sipil
P	: Penanya
R	: Responden
RI	: Republik Indonesia
RS	: Rumah Sakit
SDM	: Sumber Daya Manusia
SNARS	: Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit
SKP	: Sasaran Keselamatan Pasien
SOP	: Standar Operasional Prosedur
Unhas	: Universitas Hasanuddin
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan secara paripurna dan sebagai tempat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan utama yang dilengkapi dengan berbagai fasilitas, sumber daya, dan peralatan teknologi. Kompleksitas yang ada dalam rumah sakit dibentuk dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan yang bermutu dan menjamin adanya keselamatan pasien dalam melakukan pengobatan (Arfan et al., 2013). Setiap tindakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien sepatutnya memberikan dampak positif dan tidak memberikan kerugian bagi pasien. Hal tersebut sesuai dengan Permenkes RI Nomor 11 (2017) tentang Keselamatan Pasien bahwa semua fasilitas pelayanan kesehatan diharuskan untuk menerapkan standar keselamatan pasien, dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dengan tujuan untuk melindungi hak pasien dalam menerima pelayanan kesehatan yang baik serta sebagai pedoman bagi tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan kepada pasien (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2015).

Keselamatan pasien merupakan isu global yang menonjol selama dua dekade terakhir dan merupakan aspek penting dari kualitas perawatan yang didefinisikan sebagai terbebasnya bagi seorang pasien dari bahaya serius atau potensi bahaya yang dapat mengancam kesehatan pasien (Al Hamid et al., 2019). Dengan semakin berkembangnya ilmu dan teknologi di pelayanan kesehatan risiko pasien cedera meningkat. Di rumah sakit terdapat ratusan macam obat, ratusan tes dan prosedur, banyak alat dengan teknologinya, bermacam jenis tenaga profesi dan nonprofesi yang siap memberikan pelayanan pasien 24 jam terus menerus. Sehingga dibutuhkan tindakan yang komprehensif dan responsif agar tidak terjadi insiden yang tidak diharapkan yang dapat membahayakan keselamatan pasien.

Pencapaian pelayanan kesehatan yang berpusat pada keselamatan pasien merupakan goals dari Pasien Safety yang diharapkan untuk meminimalisir kerugian pada pasien dan lembaga penyedia layanan kesehatan dengan suatu system yang efektif dan kemampuan tenaga pemberi layanan kesehatan dan salah satu strategi dalam merancang sistem keselamatan pasien adalah mengenali kesalahan yang dilakukan melalui

sistem pelaporan (Vellyana & Rahmawati, 2016). Sistem pelaporan Insiden keselamatan pasien memberikan informasi tentang terjadinya keselamatan pasien yaitu insiden untuk mengurangi risiko, memperbaiki sistem, belajar dari kesalahan, dan berbagai pembelajaran. Pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan inti dari mutu layanan yang berpedoman pada standar prosedur pelayanan kesehatan dimana hal ini sangat dipengaruhi oleh faktor sistemik pelayanan yang melibatkan tenaga medis, pasien, pemerintah, manajemen rumah sakit dan budaya keselamatan itu sendiri (Iskandar et al., 2014)

Berdasarkan World Health Organization (WHO), laporan *Institute of Medicine* mencatat sebanyak 44.000-98.000 orang meninggal per tahunnya di Amerika Serikat yang disebabkan oleh kesalahan medis. Angka kematian akibat kejadian tidak diharapkan (KTD) pada pasien rawat inap di Amerika berjumlah 33,6 juta per tahun (Kementerian Kesehatan RI, 2015). Laporan insiden keselamatan pasien (IKP) di Inggris berdasarkan *National Reporting and Learning System* (NRLS) tahun 2015 mencatat sebanyak 825.416 insiden. Laporan tersebut meningkat 6% dari insiden ditahun sebelumnya. Dari laporan tersebut 0,22% insiden didapatkan telah menyebabkan kematian. *National Patient Safety Agency* melaporkan angka kejadian IKP di Inggris tahun 2016 sebanyak 1.879.822 insiden (*NHS England*, 2015).

Di Indonesia berdasarkan data Insiden Keselamatan Pasien yang diterbitkan KKPRS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit) dalam rentang waktu 2006 – 2011 dilaporkan terdapat 877 kejadian insiden. Berdasarkan laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) tahun 2011, jumlah laporan pelanggaran patient safety sebesar 11,23% dilakukan di unit

keperawatan, sebesar 6,17% di unit farmasi dan 4,12% oleh dokter (KKPRS, 2015). Laporan Insiden Keselamatan Pasien oleh KKP-RS (Komite Keselamatan Pasien-Rumah Sakit) di Indonesia menyebutkan bahwa terjadi peningkatan masalah pada *patient safety* yaitu Kejadian Tak Diharapkan dari 46,2 % pada tahun 2010 menjadi 63 % (KKP-RS, 2013). Data keselamatan pasien di Indonesia yang akurat masih sulit dikumpulkan karena adanya masalah dengan sistem pelaporan (Ekayani, Wardhani, & Rachmani, 2017). Idealnya semua rumah sakit Indonesia harus melaporkan insiden mereka kepada orang Indonesia Komite Keselamatan Pasien (IHPSC). Namun , menurut laporan tahunan IHPSC untuk 2011, hanya 132 insiden yang dilaporkan oleh 132 rumah sakit. Karena ada 2.267 rumah sakit di Indonesia kurang dari 6% dari jumlah total yang berpartisipasi dalam pelaporan. Hal ini menggambarkan masih rendahnya tingkat pelaporan. Di dalam hasil penelitian (Iskandar et al., 2014) dikatakan bahwa faktor rendahnya pelaporan insiden keselamatan pasien dipengaruhi oleh beberapa hal antara lain: blaming, kurangnya komitmen dari manajemen dan unit terkait, tidak ada reward dari rumah sakit jika melaporkan, tidak tahu batasan mana atau apa yang harus dilaporkan, sosialisasi insiden keselamatan pasien belum menyeluruh ke semua staf, dan juga belum ikut pelatihan tentang keselamatan pasien untuk semua staf RS. sejalan dengan dikatakan (Mahajan, 2010) bahwa faktor penghambat pelaporan insiden adalah ketakutan akan adanya hukuman, budaya blaming dan rendahnya budaya keselamatan.

Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin merupakan rumah sakit yang telah dilakukan survey akreditasi KARS dan Sebagai salah satu rumah sakit yang menerapkan prinsip keselamatan pasien dimana berkewajiban untuk mengidentifikasi dan mengendalikan seluruh risiko strategis dan operasional yang penting Sehingga laporan data insiden keselamatan pasien sangatlah penting karena insiden keselamatan pasien yang valid dan akurat akan menentukan evaluasi program dan pelayanan kesehatan selanjutnya yang berbasis keselamatan serta mendasari perbaikan

sistem pelayanan dan pencegahan terjadinya insiden keselamatan pasien berulang (Jafree, Zakar, Zakar, & Fischer, 2016).

Beberapa dampak yang kemungkinan dapat muncul bila terjadi kegagalan dan lambannya sistem pelaporan seperti; ancaman terhadap keselamatan pasien dari agen cedera yang membahayakan keberlangsungan hidup, perawatan ataupun pengobatan yang tidak tepat, dan risiko terhadap kerugian rumah sakit (McFarland & Doucette, 2018). Oleh karena itu, instansi ataupun organisasi pelayanan perawatan kesehatan perlu menciptakan sistem yang baik dan adil di mana petugas melaporkan kondisi yang tidak aman sebelum menimbulkan risiko bagi pasien, petugas dan rumah sakit (Lee et al., 2018; Yoo & Kim, 2017; Zhao et al., 2019). Studi yang dilakukan di Australia mengungkapkan bahwa hanya 1,3% dari kesalahan resep yang signifikan secara klinis yang berpotensi menimbulkan risiko bagi pasien dilaporkan dalam sistem pelaporan insiden rumah sakit (Westbrook et al., 2015). Dalam sebuah penelitian dari Taiwan, hanya 19% kesalahan pengobatan dilaporkan melalui sistem komputerisasi institusi, sebagian besar 88,9 % kesalahan petugas hanya dilaporkan secara lisan dan tidak resmi sesama rekan kerja tanpa ada pendokumentasian (Yung et al., 2016). Korea Selatan, sekitar 76,5% perawat di rumah sakit universitas tidak melaporkan insiden, dan sekitar 46,3% perawat baru melaporkan kesalahan pengobatan setelah terjadi insiden (Lee et al., 2018).

Hal ini menggambarkan bahwa sistem pelaporan keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit memerlukan perhatian khusus dan pelaksanaannya harus semaksimal mungkin (Vellyana & Rahmawati, 2016). Sampai saat ini, banyak negara telah memulai penelitian tentang pelaporan keselamatan pasien, baik Negara maju maupun Negara berkembang. Sebuah studi terkait menyimpulkan bahwa kegagalan untuk melaporkan kejadian dianggap sebagai masalah penting dalam manajemen risiko, dengan tidak melaporkan kejadian membuat sulit untuk mengidentifikasi insiden keselamatan pasien dan mengurangi peluang petugas kesehatan untuk belajar (Lee et al., 2018). Adapun studi terkait lainnya mengatakan bahwa keandalan

dan pemahaman yang baik mengenai sistem pelaporan sangat membantu petugas memahami kesalahan, mencegah terjadinya cedera pada pasien, memastikan pemberian perawatan yang tepat, dan meminimalisir kesalahan dalam perawatan ataupun pengobatan (Riley, 2009).

Oleh karena itu sangat penting untuk melaksanakan evaluasi sistem keselamatan pasien secara nyata dan efisien dalam peningkatan keselamatan pasien dengan melihat sejauh mana pelaksanaan sistem pelaporan insiden oleh petugas kesehatan Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin.

B. RUMUSAN MASALAH

Keselamatan Pasien sebagai salah satu elemen penting dalam penilaian Akreditasi maka pelaksanaan Goals Pasien safety sudah berjalan baik, namun sistem pelaporan insiden saat ini masih menjadi permasalahan di sebagian besar rumah sakit. Di rumah sakit di Indonesia telah mulai mengumpulkan data insiden keselamatan pasien dan telah mencoba memberikan berbagai respons langsung atau tidak langsung, tergantung pada kategori dan tingkat keparahan setiap insiden. Namun, di tingkat rumah sakit, sebagian besar proses pembelajaran berakhir pada pelaporan (Dhamanti et al, 2015). Investigasi yang melibatkan pemeriksaan situs, mewawancarai para saksi, mengevaluasi dan mengumpulkan data untuk menetapkan urutan dan deskripsi peristiwa tidak dilakukan di semua rumah sakit. Sebagaimana besar efek samping belum diikuti oleh investigasi, karena berbagai alasan. Selain itu, langkah selanjutnya untuk menetapkan strategi pengurangan risiko, misalnya dengan membuat peringatan atau rekomendasi, juga belum dilaksanakan. Sehingga memungkinkan peluang untuk terjadinya insiden yang berulang. Menurut Hasrul (2018) salah satu faktor resiko munculnya insiden yang berulang yaitu proses evaluasi dari pelaporan IKP belum berjalan. Analisis dalam pelaksanaan patient safety yang berlangsung saat ini hanya berfokus pada program, sedangkan pengambilan sikap dan keputusannya dari insiden belum dilakukan optimal (Kementerian Kesehatan, 2017). Insiden harus dapat dicegah melalui proses pembelajaran yang efektif. Hal tersebut penting untuk mendasari dilakukannya perbaikan

yang bermakna supaya insiden yang sama tidak berulang. Hal ini juga ditekankan oleh Mahajan (2010) yang mengatakan bahwa penting bagi rumah sakit untuk melakukan evaluasi tindak lanjut terhadap insiden yang dilaporkan. Berdasarkan hal tersebut, peneliti tertarik untuk mengevaluasi pelaksanaan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin untuk dapat memberikan informasi yang cukup baik dan penting bagi rumah sakit sebagai bahan evaluasi agar meningkatkan keselamatan pasien.

C. TUJUAN PENYUSUNAN KAJIAN

1. Tujuan Umum

Untuk mengeksplorasi dan mengevaluasi pelaksanaan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien (*incident reporting*) oleh petugas kesehatan di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengidentifikasi jenis-jenis insiden dalam pelaksanaan sistem pelaporan di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
- b. Untuk mengidentifikasi bentuk pelaksanaan '*Incident Reporting*' di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin. .
- c. Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi petugas kesehatan dalam pelaksanaan sistem pelaporan "*Incident Reporting*" di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin.
- d. Untuk mengidentifikasi umpan balik dari pelaporan insiden keselamatan pasien.

D. ORIGINALITAS PENELITIAN

Beberapa penelitian terdahulu yang telah dilakukan terkait dengan sistem pelaporan keselamatan pasien yaitu Howel et al, (2017) melakukan survey expert Pasien Safety dalam penanganan pelaporan insiden merekomendasikan pelatihan profesional penyelidikan insiden, sedangkan Jafree et al, (2017), menyatakan budaya di RS Pakistan cenderung blaming & sangat tidak

mendukung staf dalam melaporkan insiden, sejalan itu Sinclair (2018), hasil mixmethode tentang hambatan dalam pelaporan insiden menunjukkan signifikansi (81%), yakni blaming dan sanksi hukum dalam pelaporan insiden. Sedangkan di Indonesia, studi terkait sistem pelaporan insiden telah dilakukan di berbagai rumah sakit antara lain; evaluasi pelaporan insiden dengan sistem pencatatan berbasis web, hasil yang diperoleh sebagaimana besar pengguna (91,96%) merasa puas terhadap sistem pelaporan dengan web, walaupun perlu perbaikan dan peningkatan baik dari aplikasi program maupun kemampuan SDM (Zahro et al., 2011). Namun, sampai saat ini penelitian terkait evaluasi pelaksanaan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien yang melihat sampai evaluasi umpan balik belum ditemukan, sehingga ini lah yang menjadi originalitas dari penelitian ini.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Algoritma Pencarian

Pencarian literatur dilakukan melalui beberapa buku dan penelusuran hasil-hasil publikasi ilmiah dalam rentang tahun 2010-2020 dengan menggunakan portal jurnal terindeks *PubMED*, *Proquest*, *Willey* dan *searching secondary*. Pencarian dilakukan dengan menggunakan kata kunci “*Patient Safety*” AND “*Incident Reporting*” AND “*Quality Care*”.

Hasil Pencarian di *PubMed* berjumlah 101 artikel, *Willey* berjumlah 11 artikel, dan *Proquest* berjumlah 284 artikel sehingga total jumlah artikel sebanyak 396 artikel. Dari 386 artikel ditemukan 17 artikel publikasi yang berulang, 152 artikel tidak sesuai dengan judul, 22 artikel tidak ada *full text*, 53 artikel tidak sesuai dengan pertanyaan penelitian pada skrining abstrak. Oleh karena itu, penelitian ini menggunakan 20 artikel sebagai referensi.

B. Tinjauan Literatur Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

1. Keselamatan Pasien

a. Definsi Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu proses yang dilakukan dalam suatu Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan yang lebih aman bagi pasien antara lain; asesmen risiko, identifikasi, dan manajemen risiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, serta meminimalisir timbulnya risiko dengan menerapkan solusi untuk mencegah terjadinya cedera dalam pelaksanaan tindakan ataupun tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes, 2017).

Patient safety diartikan pasien bebas dari harm (cedera) misalnya; penyakit, cedera fisik, psikologis, sosial, penderitaan, cacat, kematian, dan lain-lain yang bersifat potensial yang seharusnya tidak terjadi atau cedera yang terkait dengan pelayanan kesehatan (KKPRS, 2015)

Menurut Institute of Medicine (IOM) dalam (Astuti et al., 2018) Patient Safety didefinisikan sebagai freedom from accidental injury yang disebabkan karena error/kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan ataupun akibat dari melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*). Penekanan ini ditempatkan pada sistem pemberian perawatan untuk mencegah kesalahan, belajar dari kejadian kesalahan yang terjadi dan dibangun di atas budaya keselamatan yang melibatkan para profesional perawatan kesehatan, organisasi, dan pasien. Dalam kamus/daftar istilah dari *AHRQ Patient Safety Network Website*, memperluas definisi pencegahan bahaya yaitu kebebasan dari kecelakaan atau pencegahan cedera diakibatkan oleh perawatan medis (Hughes, 2008).

b. Tujuan Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Tujuan keselamatan pasien telah ditentukan secara internasional maupun nasional, dimana tujuan yang ditentukan secara internasional oleh *Joint Commission International (JCI, 2007)* sebagai berikut :

- 1) *Identify patient correctly* (mengidentifikasi pasien secara benar)
- 2) *Improve effective communication* (meningkatkan komunikasi yang efektif)
- 3) *Improve the safety of high alert medications* (meningkatkan keamanan dari pengobatan resiko tinggi)
- 4) *Eliminate wrong-site, wrong patient, wrong procedur surgery* (mengeliminasi kesalahan penempatan, kesalahan pengenalan pasien, kesalahan prosedur operasi)
- 5) *Reduce the risk of health care associated infections* (mengurangi risiko infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan)
- 6) *Reduce the risk of patient harm from falls* (mengurangi risiko pasien terluka karena jatuh)

Sedangkan tujuan keselamatan pasien menurut Departemen Kesehatan RI (2009) tujuan keselamatan pasien sebagai berikut :

- 1) Tercapainya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- 2) Meningkatkan akuntabilitas
- 3) rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- 4) Menurunkan kejadian tidak diharapkan di rumah sakit
- 5) Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan

c. Sasaran Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

Di Indonesia secara nasional untuk seluruh fasilitas pelayanan kesehatan, diberlakukan Sasaran Keselamatan Pasien Nasional dan dituangkan sebagai salah satu standar dalam SNARS Edisi 1 yang terdiri dari 6 Sasaran Keselamatan Pasien. Pemerintah menyusun sasaran ini berdasarkan pada *Nine Life Saving Patient Safety Solutions* dari WHO *Patient Safety* (KARS, 2018a).

Standar Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) dalam SNARS Edisi 1 diuraikan sebagai berikut (KARS, 2018a) :

- 1) Sasaran I : Ketepatan identifikasi pasien
 Standar SKP. 1 : rumah sakit menetapkan regulasi untuk menjamin ketepatan (akurasi identifikasi pasien)
- 2) Sasaran II : Peningkatan komunikasi yang efektif
 Standar SKP.2 : Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses peningkatan efektivitas komunikasi melalui telpon antar professional pemberi asuhan (PPA).
 Standar SKP. 2.1 : Rumah sakit menetapkan regulasi untuk proses pelaporan hasil pemeriksaan diagnostik kritis.
 Standar SKP. 2.2 : Rumah sakit menetapkan dan melaksanakan proses komunikasi “Serah Terima” (*hand over*).
- 3) Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*).
 Standar SKP.3 : Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses meningkatkan keamanan terhadap obat-obat yang perlu diwaspadai.

Standar SKP.3.1 : Rumah sakit menetapkan regulasi untuk melaksanakan proses mengelola penggunaan elektrolit konsentrat.

- 4) Sasaran IV : Kepastian tepat lokasi pembedahan yang benar, tepat prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar

Standar SKP. 4 : Rumah sakit memastikan Tepat-Lokasi, Tepat-Prosedur, dan Tepat-Pasien sebelum menjalani tindakan dan atau prosedur.

Standar SKP. 4.1 : Rumah sakit memastikan dilaksanakannya proses *Time-Out* di kamar operasi atau ruang tindakan sebelum operasi dimulai.

- 5) Sasaran V : Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Standar SKP.5 : Rumah sakit menetapkan regulasi untuk menggunakan dan melaksanakan *evidence-based hand hygiene guidelines* untuk menurunkan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan.

- 6) Sasaran VI : Pengurangan risiko pasien jatuh

Standar SKP. 6 : rumah sakit melaksanakan upaya mengurangi risiko cedera akibat pasien jatuh.

2. Insiden Keselamatan Pasien

a. Definisi Insiden Keselamatan pasien

Insiden keselamatan pasien/ *patient safety incident* adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan *harm* (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) yang tidak seharusnya terjadi (KKP-RS, 2015).

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dalam membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden. Insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien.

b. Klasifikasi Insiden Keselamatan Pasien (IKP) / *Patient Safety Incident* (KKPRS, 2015 ; WHO,2020)

Insiden Keselamatan Pasien adalah setiap kejadian atau situasi yang tidak seharusnya terjadi dan berpotensi mengakibatkan harm (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain - lain).

1). Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) / *Adverse Event*

Cedera yang terjadi akibat kejadian tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan ("*commission*") atau karena tidak bertindak ("*omission*"), bukan karena "*underlying disease*" atau kondisi pasien.

2). Kejadian Nyaris Cedera (KNC) / *Near Miss*

Suatu kejadian yang tidak menyebabkan cedera pada pasien ataupun belum sampai terpapar ke pasien.

3). Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Suatu kejadian yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena "keberuntungan" (misal; pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau "peringanan" (suatu obat dengan reaksi alergi diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya).

4). Kondisi Potensial Cedera (KPC) / "*reportable circumstance*"

Suatu kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

5). Kejadian Sentinel (*Sentinel Event*) :

Suatu kejadian tidak diharapkan yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius; dimana kejadiannya tidak dapat diterima seperti: operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata "*sentinel*" terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi (misalnya Amputasi pada kaki yang salah, dan sebagainya).

Sedangkan Kerangka konseptual Organisasi (WHO) untuk Klasifikasi Internasional untuk jenis insiden keselamatan pasien

diklasifikasikan menjadi tiga jenis berdasarkan nyaris terjadi, tidak ada insiden bahaya, insiden berbahaya (WHO,2020);

- 1).Nyaris Cedera/ “*Near miss*”: kejadian yang tidak sampai ke pasien namun hampir mencederai pasien (misalnya satu unit darah ke saluran infus pasien yang salah, tetapi kesalahan terdeteksi sebelum transfusi dimulai)
- 2).Insiden tidak membahayakan : peristiwa di mana suatu peristiwa mencapai pasien, tetapi tidak dapat dilihat kerusakan terjadi (misalnya, jika unit darah ditransfusikan, tetapi tidak kompatibel).
- 3). Insiden berbahaya: insiden yang mengakibatkan cedera bagi pasien (misalnya,unit darah yang salah ditransfusikan, dan pasien meninggal karena hemolitik reaksi).

3. Tipe Insiden Keselamatan Pasien

Menurut buku Pedoman Pelaporan Keselamatan Pasien (2008), untuk mengisi tipe insiden di dalam suatu laporan, harus melakukan analisis dan investigasi terlebih dahulu. Tipe insiden dibedakan menjadi 15 Kelompok yang disetiap kelompok mempunyai sub tipe insiden :

- a. Tipe insiden pertama adalah administrasi klinik, yang dimana proses (serah terima, perjanjian, daftar tunggu/antrian, rujukan/konsultasi, administrasi, keluar/pulang, pindah perawatan, identifikasi pasien, consent, pembagian tugas, dan respon terhadap kegawatdaruratan). Kedua, masalah (tidak *performance* ketika dibutuhkan /indikasi, tidak lengkap, tidak tersedia, salah pasien dan salah proses/salah pelayanan).
- b. Tipe insiden kedua adalah prosedur klinis, yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi dua yaitu : Pertama, proses (*skrining*/ pencegahan/ *medical check up*, diagnosis/assesment, prosedur/pengobatan, *general care*, test/investigasi, spesimen/hasil, belum dipulangkan). Kedua, masalah (tidak *performance* ketika dibutuhkan/indikasi, tidak lengkap, tidak tersedia, salah pasien, salah proses/pengobatan/prosedur dan salah bagian tubuh/sisi).

- c. Tipe insiden ketiga adalah dokumentasi, yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi dua bagian yaitu : pertama, dokumen yang terkait (order/peminatan, *chart*/ rekam medik/ konsultasi, *checklist*, form/sertifikat, instruksi/ informasi/ kebijakan/ SOP, label / identitas/kartu, surat/email/rekaman komunikasi, laporan/hasil/photo). Kedua, masalah (dokumen hilang/tidak tersedia, terlambat mengakses dokumen , salah dokumen/salah orang, tidak jelas membingungkan dan informasi dan informasi dalam dokumen tidak lengkap).
- d. Tipe insiden keempat adalah infeksi nosokomial (*hospital associated infection*), yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi dua yaitu : Pertama, tipe organisme (bakteri, virus, jamur, parasit, protozoa) protein yang infeksius, organisme tidak teridentifikasi) Kedua, tipe/bagian infeksi (*blood stream*, bagian yang dioperasi, abses, pneumonia , kanul IV, protesis infeksi, drain/tube urin, dan jaringan lunak).
- e. Tipe insiden kelima adalah cairan infus, yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi tiga yaitu ; pertama, medikasi/cairan infus yang terkait (daftar medikasi dan daftar cairan infus). Kedua, proses penggunaan medikasi/cairan infus (pereseapan, persiapan/*dispensing* , pemaketan, pemberian, *supply*/pesan, penyimpanan, monitoring). Ketiga, masalah (salah pasien, salah obat, salah dosis/kekuatan/frekuensi, salah dispensing label/instruksi, kontraindikasi, salah penyimpanan, *omitted medicine or dose*, obat kadaluarsa, dan adverse drug reaction (reaksi efek samping obat).
- f. Tipe insiden keenam adalah transfusi darah, yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi tiga yaitu : pertama, transfusi darah/produk darah terkait (transfusi, pereseapan,persiapan, pengantaran, pemberian, penyimpanan, monitoring, pemaketan dan *supply*/pesan). Ketiga, masalah (salah pasien, salah darah/produk darah, salah dosis/frekuensi, salah jumlah form, salah *dispensing*/instruksi, kontraindikasi, salah penyimpanan, obat atau dosis yang diabaikan, darah kadaluarsa dan efek samping (*adverse effect*).

- g. Tipe insiden ketujuh adalah nutrisi, dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi tiga yaitu : nutrisi yang terkait (diet umum dan diet khusus). Kedua, proses nutrisi (permintaan, persiapan, proses memasak, order, presentation, alokasi, pengantaran, pemberian dan penyimpanan). Ketiga, masalah (salah pasien salah diet, salah jumlah, salah frekuensi, salah konsistensi, dan salah penyimpanan).
- h. Tipe insiden kedelapan adalah oksigen/gas, yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi tiga yaitu : pertama, oksigen/gas terkait (daftar oksigen/gas terkait). Kedua, proses penggunaan oksigen/gas (label *cylinder*/warna kode, peresapan, pemberian, pengantaran, *supply*/order dan penyimpanan). Ketiga, masalah (salah pasien, salah gas, salah *rate/flow*/konsentrasi, salah mode pengantaran, kontraindikasi, salah penyimpanan, gagal pemberian dan kontaminasi).
- i. Tipe insiden kesembilan adalah alat medis/ alat kesehatan, yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi dua yaitu : Pertama, tipe alat medis/alat kesehatan (daftar alat medis/alat kesehatan/*equipment property*). Kedua, masalah (pemaketan tidak baik, ketidaktersediaan, tidak bersih/tidak steril, kegagalan/malfungsi, *user error*).
- j. Tipe insiden kesepuluh adalah perilaku pasien yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi dua yaitu; Pertama, perilaku pasien (tidak kooperatif, tidak pantas/sikap bermusuhan/kasar, beresiko/berbahaya). Kedua, masalah dengan penggunaan *abuse*, mengganggu, *diskriminatif*/berprasangka, berkeliaran, melarikan diri, sengaja mencederai diri, bunuh diri) dan *agresion/assault* (agresi verbal, kekerasan fisik, kekerasan seksual, kekerasan terhadap mayat, dan ancaman nyawa).
- k. Tipe insiden kesebelas adalah jatuh yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi dua yaitu : Pertama, tipe jatuh (tersandung, *slip*, kolaps, hilang keseimbangan). Kedua, keterlibatan saat jatuh (*velbed*, tempat tidur, kursi, *strecher*, toilet, peralatan terapi, tangga dan dibawa/dibantu oleh orang lain).

- l. Tipe insiden kedua belas adalah kecelakaan yang dimana sub tipe insidennya, dibagi menjadi sembilan yaitu: pertama, benturan tumpul (kontak dengan benda/binatang, kontak dengan orang, hancur remuk dan gesekan kasar). Kedua, serangan tajam/tusukan (cakaran/sayatan, tusukan, gigitan/sengatan, serangan tajam dan lainnya). Ketiga, kejadian mekanik lainnya (benturan akibat ledakan bom, kontak dengan mesin) peristiwa mekanik lain. Keempat, mekanisme panas (panas yang berlebihan dan dingin yang berlebihan). Kelima, ancaman pada pernapasan (ancaman mekanik pernafasan, pembatasan oksigen kekurangan tempat, *confinementnt to oxygen-deficient place*). Keenam, paparan bahan kimia atau substansi lainnya (keracunan bahan kimia atau substansi yang lain dan bahan kimia korosif). Ketujuh, mekanisme spesifik yang lain menyebabkan cedera (paparan listrik/radiasi). Kedelapan, paparan suara/getaran, paparan tekanan udara. Kesembilan, paparan karena gravitasi rendah, dan paparan karena dampak cuaca/bencana alam.
- m. Tipe insiden ketigabelas adalah infrastruktur /bangunan/benda lain yang terpasang tetap yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi dua yaitu : pertama, keterlibatan struktur/bangunan (daftar struktur, daftar bangunan dan daftar *furniture*). Kedua, masalah (*in-adekuat* dan *damaged/faulty/worm*).
- n. Tipe insiden keempat belas adalah *resource*/ manajemen organisasi yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi tiga yaitu : pertama , beban kerja manajemen yang berlebihan. Kedua, ketersediaan/keadekuatan tempat tidur/pelayan. Ketiga, sumber daya manusia, ketersediaan staf, organisasi, kebijakan/ SOP.
- o. Tipe insiden kelimabelas adalah laboratorium/patologi yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi dua yaitu : pertama, pengambilan/*pick up*, transportasi. Kedua, data entry, procesing, verifikasi/validasi dan hasil.

4. Pelaporan Insiden

Kementrian Kesehatan RI, melalui (KKPRS, 2015) telah merumuskan sekian banyak metode yang digunakan untuk mengidentifikasi risiko, salah satu caranya adalah dengan mengembangkan sistem pelaporan dan sistem analisis. Sistem pelaporan yang digunakan secara tidak langsung menggerakkan staf dalam lingkungan kerja untuk lebih memperhatikan potensi bahaya yang akan terjadi dengan pasien. Selain itu juga penting untuk mengawasi pencegahan terjadinya kesalahan (*error*) sehingga memotivasi dilakukannya investigasi selanjutnya.

Tahap – tahapnya digambarkan dalam tabel berikut.

Tabel 2.1

Penilaian Dampak Klinis / Konsekuensi / Severity

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

Tabel 2.2 Penilaian probabilitas / Frekuensi

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

Setelah nilai dampak dan probabilitas diketahui, kemudian diamsukkan tabel matriks grading resiko dengan rumus Skor Resiko :

$$\text{SKOR RISIKO} = \text{Dampak} \times \text{probabilitas}$$

Tabel 2.3. Matriks Grading Risiko

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

Tabel 2.4Tindakan sesuai Tingkat dan *bands* risiko

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

Dalam sistem pelaporan insiden keselamatan pasien diperlukan metode untuk melakukan pelaporan dan pencatatan untuk mendeteksi adanya insiden dan dapat segera tertangani agar insiden tersebut tidak berulang. Berbagai metode tersedia untuk mengidentifikasi kejadian buruk atau insiden seperti manual metode yaitu melalui pencatatan kertas /rekam medis dan melalui aplikasi teknologi informasi (TI) berbasis web (Dhamanti, 2015; Zahro et al.,2011). Rekam medis telah digunakan secara luas untuk mengumpulkan informasi untuk dengan perawatan medis, dan juga memantau kejadian buruk. Umumnya ulasan rekam medik digunakan oleh dokter, perawat atau kesehatan lainnya professional setelah pasien keluar dari rumah sakit, ketika catatan telah diadakan selama beberapa waktu. Beberapa studi telah mengidentifikasi kekuatan rekam medis ini yang memiliki dukungan inferioritas dalam memperkirakan kejadian buruk diperawatan. Selain itu, mudah dilakukan karena dokumen sudah tersedia, dan metode ini terkadang disukai oleh tim kesehatan di rumah sakit. Namun, keterbatasan dari catatan medis adalah laporan semacam itu tidak akan

relevan jika informasi tentang peristiwa buruk itu tidak dijelaskan dalam catatan medis (Dhamanti, 2015). Sedangkan metode pelaporan dengan menggunakan web merupakan salah satu upaya untuk mengatasi pengembangan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien secara anonym, rahasia dan dapat digunakan multiuser secara bersamaan. Aplikasi berbasis web dianggap paling cocok untuk proses pengumpulan data, akses mudah untuk pelaporan, waktu entri data lebih pendek, mudah dibaca, dan bisa diakses dimanapun dilingkungan rumah sakit. Metode pelaporan berbasis web semakin banyak digunakan karena dianggap lebih menguntungkan dibandingkan dengan sistem pelaporan dengan kertas (Zahro et al., 2011).

5. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keselamatan Pasien (*patient safety*) di Rumah Sakit

a. Faktor Pasien safety

Bennett & Brachman's (2007) dalam (Syurandhari, 2016) menyebutkan bahwa terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan patient safety yakni faktor organisasi dan manajemen. Faktor-faktor lain yang mempengaruhi antara lain :

- 1). Budaya keselamatan yang merupakan nilai-nilai individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku berkomitmen untuk mendukung manajemen dan program patient safety
- 2). Manajer/pemimpin berperan penting dalam mengembangkan program keselamatan pasien.
- 3). Komunikasi yang efektif yaitu tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan yang dipahami oleh pasien untuk meminimalkan kesalahan
- 4). Petugas Kesehatan memiliki kontribusi dalam memberikan kepedulian dan perhatian terhadap patient safety antaralain; kepatuhan hand hygiene untuk mengurangi penularan patogen dimana merupakan perubahan perilaku yang mendasar bagi petugas kesehatan.

b. Faktor Pelaporan Insiden

Faktor – faktor yang dapat berpengaruh terhadap pelaporan kejadian insiden keselamatan pasien (Fung et al., 2012; Vrbnjak et al., 2016)

1) Karakteristik Individu

Karakteristik individu merupakan faktor yang berada pada barisan pertama yang memiliki dampak secara langsung pada pelaporan insiden. Karakteristik individu pada petugas kesehatan termasuk diantaranya adalah kualitas yang dibawa individu tersebut ke dalam pekerjaan. Hal tersebut dapat berupa pengetahuan, sikap, tingkat pendidikan, motivasi, pengalaman kerja dan pelatihan.

2) Ketakutan /Blamming culture

Temuan studi survey skala besar dirancang oleh Wakefield, Uden-Holman dan Blegan dalam (Fung et al., 2012) menunjukkan bahwa petugas kesehatan menunjukkan rasa takut disalahkan dan takut dianggap tidak berkompeten oleh rekan kerja jika petugas melakukan kesalahan dan konsekuensi merugikan yang ditakuti dari pelaporan kesalahan adalah dilakukannya pemberhentian dalam pekerjaan. Sehingga budaya menyalahkan (*blaming culture*) masih terjadi diantara petugas kesehatan. Menurut Vellyana (2016) sebuah rumah sakit bila terjadi insiden, manajerial hanya akan berfokus pada analisis terhadap kesalahan tersebut tanpa adanya budaya saling meyalahkan “*blaming culture*”. pemberian sanksi kesalahan kepada unit kerja atau individu yang melakukan kesalahan keselamatan pasien sebaiknya tidak diberlakukan. Namun, sanksi kesalahan dapat berupa pembinaan diawal dan pada tingkat selanjutnya peringatan dan terakhir sanksi jika tetap melakukan kesalahan yang sama

3) Umpan Balik

Umpan balik yang efektif dari sistem pelaporan sangat penting untuk organisasi untuk belajar dari kegagalan dalam mempersembahkan perawatan dan untuk berinovasi lebih banyak

laporan masa depan. Umpan balik keselamatan harus diberikan kepada staf medis kerentanan khusus dalam sistem perawatan kesehatan untuk meningkatkan kesadaran dan harus mencakup tindakan korektif tepat waktu untuk meningkatkan keselamatan. Benn *et al.* dalam (Brunsveld-Reinders et al., 2016) mengatakan lima model umpan balik untuk sistem pelaporan yang dapat ditetapkan dengan cara: (1) bounce back (informasi kepada pelapor), (2) respon cepat (tindakan dalam sistem kerja lokal), (3) meningkatkan risiko kesadaran (informasi untuk semua personel lini depan), (4) informasikan staf tindakan yang diambil (informasi kepada pelapor dan komunitas pelaporan yang lebih luas) dan (5) meningkatkan keamanan sistem kerja (tindakan dalam pekerjaan lokal sistem).

4) Proses/Alur pelaporan insiden

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

5) Organisasi / manajemen

Kesalahan yang dilakukan manusia (*human error*) dapat didefinisikan sebagai kegagalan dari perencanaan dari tindakan mental atau fisik yang terjadi atau penggunaan perencanaan yang

salah dalam mencapai suatu dampak atau keluaran. *Near miss* dapat didefinisikan sebagai peristiwa, situasi, atau kejadian yang dapat tetapi belum terjadi yang menyebabkan konsekuensi yang merugikan pasien. Kejadian *near miss* merupakan potensi menjadi suatu factor yang dapat menjadi tindakan kesalahan atau membahayakan apabila tidak ada perubahan dalam meminimalkan kejadian

Peran dan tanggung jawab lembaga sangat mempengaruhi dalam sistem pelaporan. Proses perawatan yang dirancang dengan baik tergantung pada manajemen organisasi. Sistem pelaporan adalah salah satu komponen penting untuk peningkatan pelayanan untuk menjadikan pembelajaran di sebuah organisasi agar insiden tersebut tidak berulang. Kurangnya pengawasan dari organisasi menjadikan individu dapat mengulang kembali kesalahan (Amanian et al., 2020b).

6) Lingkungan kerja

Lingkungan kerja merupakan interaksi individu dengan pekerjaan mereka. lingkungan kerja dapat mengacu pada lingkungan suatu departemen, unit atau organisasi secara keseluruhan. Lingkungan kerja termasuk faktor yang mempengaruhi pelaporan insiden yang dapat menentukan kualitas keamanan dan pelayanan petugas kesehatan terhadap pasien. Terdapat perbedaan dalam pelaporan kesalahan pengobatan tergantung pada jenis unit petugas bekerja (Vrbnjak et al., 2016).

6. Konsep Evaluasi

a. Definisi

Evaluasi biasanya ditujukan untuk menilai sejauh mana keefektifan kebijakan publik guna untuk dipertanggung jawabkan kepada konstitusinya. Sejauh mana tujuan dicapai serta untuk melihat sejauh mana kesenjangan antara harapan dengan kenyataan. Menurut Anderson dalam (Winarno Budi, 2008) secara umum evaluasi kebijakan dapat dikatakan sebagai kegiatan yang

menyangkut estimasi atau penilaian kebijakan yang mencakup substansi, implementasi dan dampak pelaksanaan kebijakan tersebut. Menurut Lester dan Stewart dalam (Winarno Budi, 2008) evaluasi kebijakan dapat dibedakan ke dalam dua tugas yang berbeda, tugas pertama adalah untuk menentukan konsekuensi-konsekuensi yang ditimbulkan oleh suatu kebijakan dengan cara menggambarkan dampaknya. Sedangkan tugas kedua adalah untuk menilai keberhasilan atau kegagalan dari suatu kebijakan berdasarkan standar atau kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya. Evaluasi kebijakan merupakan persoalan fakta yang berupa pengukuran serta penilaian baik terhadap tahap implementasi kebijakannya maupun terhadap hasil (*outcome*) atau dampak (*impact*) dari bekerjanya suatu kebijakan atau program tertentu, sehingga menentukan langkah yang dapat diambil dimasa yang akan datang.

Menurut Donabedian (Donabedian, 1981) ada tiga pendekatan evaluasi (penilaian) mutu yaitu dari aspek :

1) Struktur

Struktur meliputi sarana fisik perlengkapan dan peralatan, organisasi dan manajemen, keuangan, sumber daya manusia dan sumber daya lainnya difasilitas kesehatan. Penilaian terhadap struktur termasuk penilaian terhadap perlengkapan dan instrumen yang tersedia dan dipergunakan sebagai alat untuk pelayanan.

2) Proses

Proses adalah semua kegiatan yang dilakukan secara professional oleh tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan tenaga profesi lain) dan interaksinya terhadap pasien. Proses tersebut mencakup diagnosa, rencana pengobatan, indikasi, tindakan, prosedur, penanganan kasus. Penilaian terproses adalah evaluasi terhadap dokter dan proses kesehatan dalam memajemen pasien. Pendekatan proses merupakan pendekatan yang terhadap mutu pelayanan kesehatan.

3) *Outcome*

Outcome adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga profesional terhadap pasien. Penilaian terhadap *outcome* ini merupakan hasil akhir dari kesehatan atau kepuasan yang positif atau negatif sehingga dapat memberikan bukti atau fakta akhir pelayanan kesehatan yang diberikan (Wijono, 2000).

b. Fungsi evaluasi

Menurut Samudra dan kawan-kawan dalam (Nugroho., 2003) bahwa evaluasi kebijakan memiliki empat fungsi, yaitu:

1) Eksplanasi

Melalui evaluasi dapat dipotret realitas pelaksanaan program dan dapat dibuat suatu generalisasi tentang pola-pola hubungan antar berbagai dimensi realitas yang diamatinya. Dari evaluasi ini evaluator dapat mengidentifikasi masalah, kondisi, dan aktor yang mendukung keberhasilan atau kegagalan program.

2) Kepatuhan

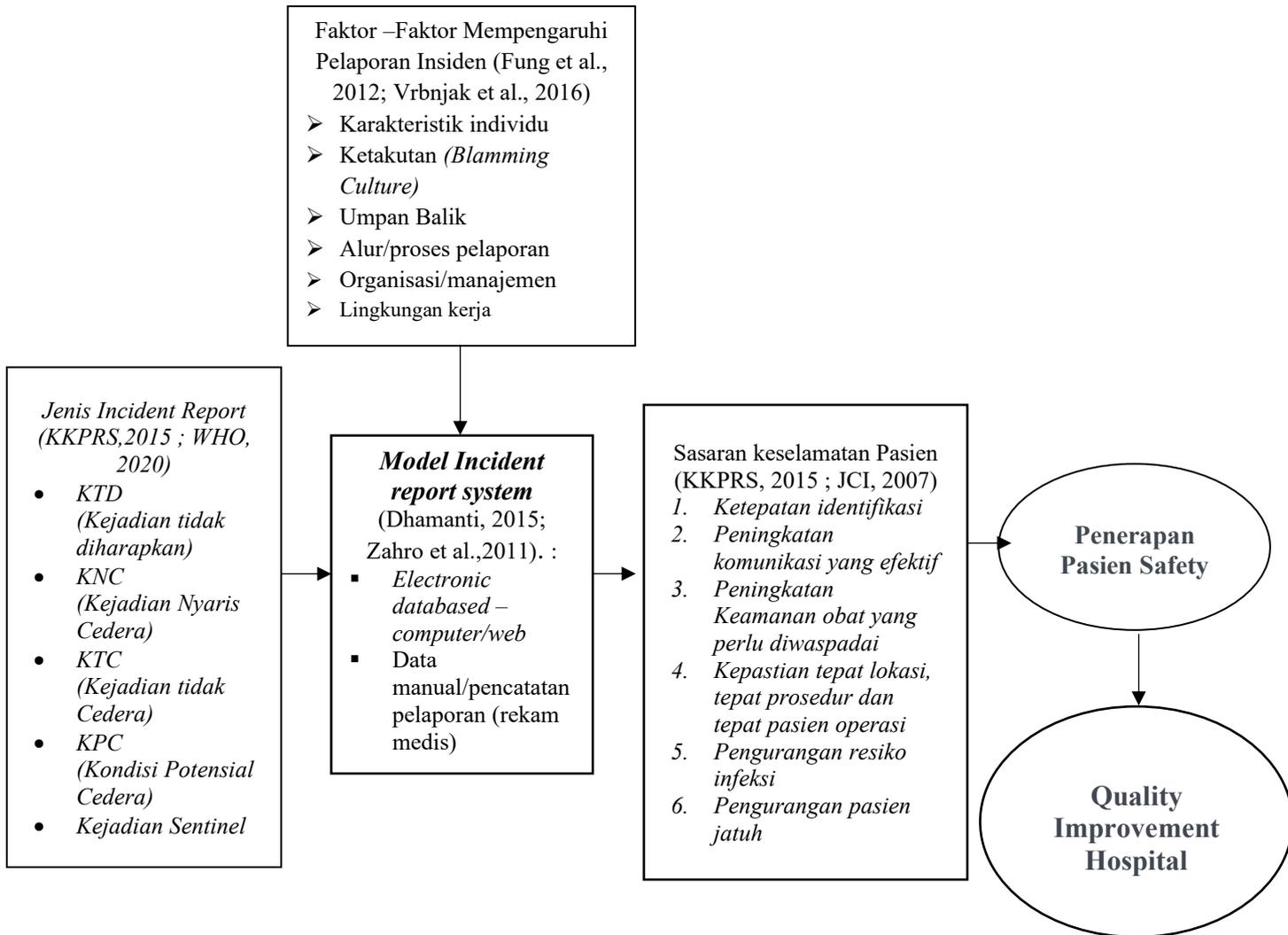
Melalui evaluasi dapat diketahui apakah tindakan yang dilakukan oleh para pelaku, baik birokrasi maupun pelaku lainnya sesuai dengan standar dan prosedur yang ditetapkan oleh kebijakan.

3) Audit

Melalui evaluasi dapat diketahui, apakah output benar-benar sampai ke tangan kelompok sasaran kebijakan, atau justru ada kebocoran atau penyimpangan.

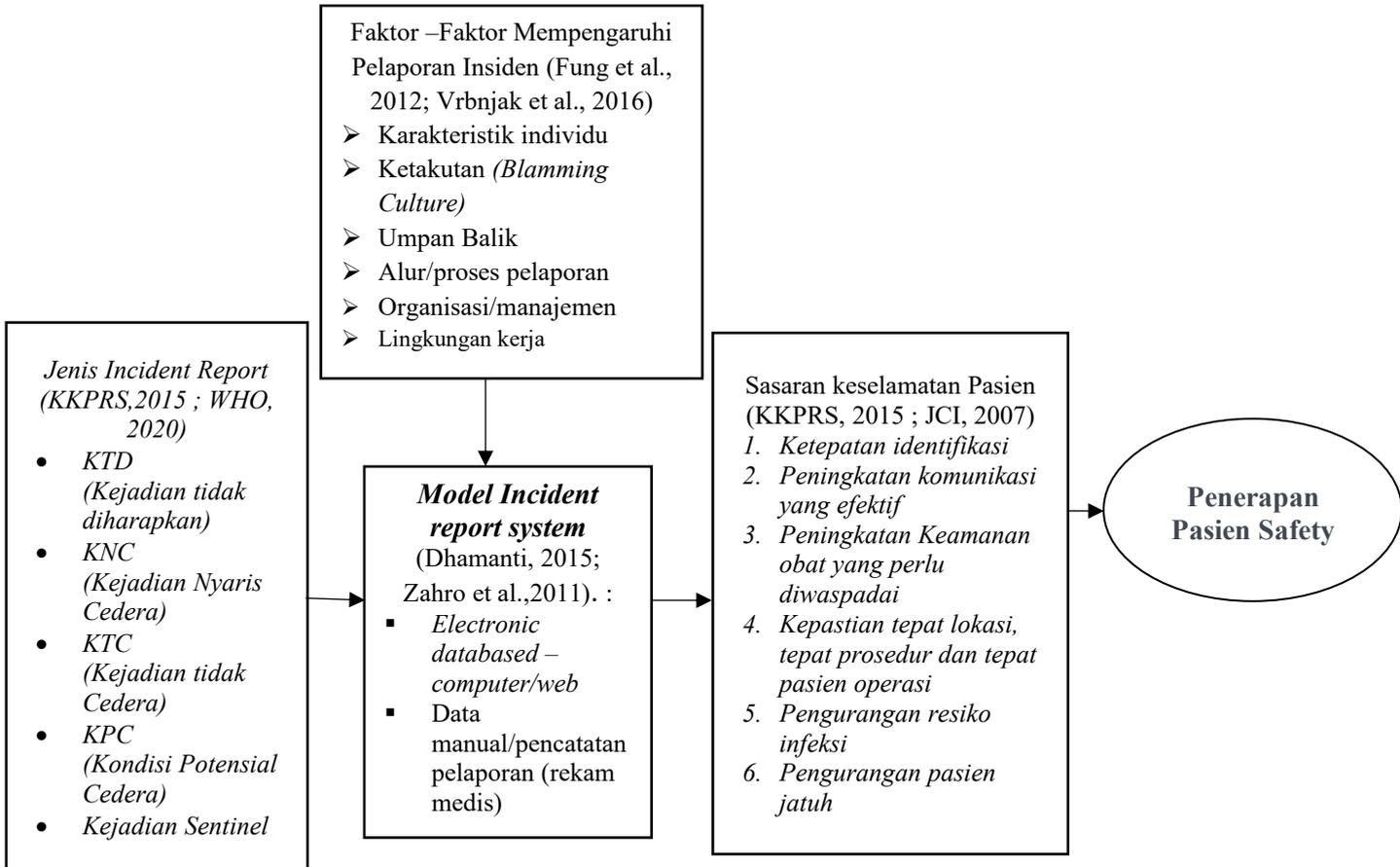
4) Akunting. Dengan evaluasi dapat diketahui apa akibat sosial ekonomi dari kebijakan tersebut.

C. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB III
KERANGKA KONSEP PENELITIAN



Gambar 2.2 Kerangka Konseptual

BAB IV

METODELOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian *mixed methods* kuantitatif dan kualitatif dengan menggunakan desain eksplanatori sekuensial yaitu desain penelitian yang dimulai dengan penelitian kuantitatif kemudian dilanjutkan dengan penelitian kualitatif yang bertujuan untuk menjelaskan hasil kuantitatif. Adapun langkah-langkah dalam desain eksplanatori sekuensial pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Pada fase pertama dilakukan pengumpulan dan analisis data kuantitatif. Pengumpulan data kuantitatif pada penelitian ini yaitu pengumpulan data sekunder secara retrospektif yaitu observasi data laporan insiden keselamatan pasien di ruangan periode Januari 2017- Desember 2020.
2. Mengecek hasil analisis data kuantitatif untuk menentukan;
 - a. Hasil apa yang memerlukan eksplorasi lebih lanjut pada fase kedua dengan menggunakan desain kualitatif fase .
 - b. Pertanyaan apa yang akan diajukan dalam fase kualitatif.
3. Melakukan pengumpulan dan analisis data kualitatif pada fase kedua yang bertujuan untuk menjelaskan hasil penelitian kuantitatif. Pada fase ini pengumpulan data yaitu dengan cara wawancara mendalam semi terstruktur (*indepth interview*). Cara ini digunakan dengan harapan peneliti mendapatkan informasi sebanyak-banyaknya.
4. Menarik kesimpulan bagaimana hasil analisis kualitatif membantu menjelaskan hasil kuantitatif.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat

Penelitian ini akan dilakukan di salah satu rumah sakit di Kota Makassar yaitu Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

2. Waktu

Penelitian ini dilakukan bulan Mei-Juni 2021

Tabel 4.1

No	KEGIATAN	BULAN						
		Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Juni	Juli
1.	Penyusunan Proposal	■	■	■				
2.	Ujian Proposal				■			
3.	Izin etik dan administrasi				■	■		
4.	Pelaksanaan Penelitian					■	■	
5.	Pengolahan						■	
6.	Ujian Hasil dan Tutup							■

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi pada penelitian ada 2 jenis, yaitu
 - a. Populasi penelitian kuantitatif adalah laporan insiden keselamatan pasien periode Januari 2017 s/d Desember 2020 yang di setiap ruangan berdasarkan data Komite Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.
 - b. Populasi penelitian kualitatif adalah Petugas Kesehatan yang melaporkan insiden/ yang terlibat dalam pelaporan insiden keselamatan pasien di ruangan.
2. Sampel

Pengambilan sampel pada penelitian *mixed methods* ini adalah dengan menggunakan teknik *total sampling*. Teknis *total sampling* ini merupakan teknik penentuan sampel bila semua populasi digunakan (Saryono, 2013).

 - a. Sampel penelitian kuantitatif adalah semua data insiden di ruangan berdasarkan laporan dari Komite Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin
 - b. Sampel penelitian kualitatif adalah petugas kesehatan yang di ruangnya terdapat data pelaporan insiden kejadian keselamatan

pasien dan terlibat dalam pelaporan insiden keselamatan pasien.. Pengambilan sampel pada studi kualitatif ini, peneliti tidak berfokus dengan jumlah namun dalam menentukan besaran sampel berdasarkan pada teori *saturation* yaitu peneliti akan berhenti mengumpulkan data ketika saturasi tercapai yang ditandai dengan tidak ada lagi informasi yang baru atau informasi dari partisipan tidak menambah substansi kedalam kode atau tema yang sedang dikembangkan (Ceswell, 2020).

D. Instrumen, Metode & Prosedur Pengumpulan Data

1. Instrumen

Instrumen adalah alat yang digunakan oleh peneliti untuk mengukur atau menilai fenomena, mengobservasi suatu peristiwa dan perilaku dari subjek (Nursalam, 2015 ; Dharma, 2017). Instrumen yang digunakan pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Instrumen kuantitatif adalah
 - 1) Data laporan insiden kejadian keselamatan pasien
- b. Instrumen untuk pengumpulan data kualitatif metode wawancara mendalam adalah
 - 1) Panduan wawancara
 - 2) Alat perekam suara
 - 3) Notes untuk catatan dan alat tulis

2. Metode

Metode pengumpulan data pada penelitian ini yaitu

- a. Studi kuantitatif dilakukan dengan cara mencatat laporan data insiden kejadian keselamatan pasien
- b. Studi kualitatif menggunakan metode wawancara mendalam secara semi terstruktur dengan menggunakan panduan wawancara

3. Pengumpulan data

- a. Pengumpulan data kuantitatif dilakukan dengan tahapan sebagai berikut, yaitu:
 - 1) Tahap Persiapan

Tahap ini diawali dengan mengurus surat permohonan untuk penelitian pada Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin dan mengurus surat izin etik penelitian di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin untuk dilanjutkan ke bagian Diklat Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

2) Tahap Pelaksanaan

Setelah mendapatkan disposisi dan izin dari bagian Diklat rumah sakit untuk melakukan penelitian, peneliti menetapkan waktu penelitian. Selanjutnya peneliti memperkenalkan diri, menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian, menjelaskan alur penelitian dan meminta kesediaan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Universitas Hasanuddin untuk memberikan data laporan ruangan terjadinya insiden keselamatan pasien. Kemudian melakukan observasi ke ruangan terkait laporan insiden yang terjadi di setiap ruangan.

3) Tahap Akhir

Pada tahap akhir ini peneliti mengumpulkan semua data hasil laporan insiden di setiap ruangan. Setelah semua data terkumpul dengan lengkap, selanjutnya data tersebut di analisis dan diinterpretasikan.

b. Pengumpulan data kualitatif dilakukan melalui beberapa tahap, yaitu:

1) Tahap pra lapangan

Peneliti mengidentifikasi dan memilih partisipan serta menyiapkan perlengkapan penelitian yang mencakup perlengkapan fisik surat izin penelitian, instrumen yang akan digunakan dalam penelitian berupa *informed consent*, panduan wawancara, alat perekam suara, *notes book*, dan alat tulis.

2) Tahap Pelaksanaan

Setelah mendapatkan disposisi dan izin dari bagian Diklat rumah sakit untuk melakukan penelitian, selanjutnya peneliti melakukan langkah-langkah sebagai berikut:

- a) Peneliti menetapkan waktu pelaksanaan pengumpulan data kualitatif
 - b) Memperkenalkan diri kepada partisipan
 - c) Menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian
 - d) Menjelaskan alur penelitian.
 - e) Meminta kesediaan dan persetujuan dari partisipan
 - f) Melakukan wawancara
 - g) Mencatat semua data dan informasi yang sudah dikumpulkan dilapangan.
- 3) Tahap Analisis
- Pengolahan dan analisis data pada penelitian ini dilakukan semenjak peneliti masih mengumpulkan data dilapangan. Data yang telah dikumpulkan dan dituangkan dalam bentuk laporan harus segera dianalisis setelah pengolahan data, selanjutnya dilakukan interpretasi atau penafsiran data (Nasution dalam Tohirin, 2012).

E. Analisis Data

Analisa data merupakan cara mengolah data agar dapat disimpulkan atau diinterpretasikan menjadi informasi. pada penelitian ini analisa data yang digunakan adalah analisis deskriptif yaitu suatu prosedur pengolahan data dengan menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah dalam bentuk tabel atau grafik (Nursalam, 2017). Adapaun cara Analisis data pada penelitian ini, sebagai berikut:

1. Analisis data kuantitatif di lakukan melalui beberapa tahapan, yaitu:
 - a. Editing, adalah data yang telah diperoleh dilakukan pengecekan terlebih dahulu untuk mengoreksi kelengkapan data;
 - b. Coding, adalah kegiatan memberikan kode untuk setiap variabel sehingga memudahkan dalam pengolahan dan analisa data;
 - c. Scoring, dilakukan apabila akan memberikan penilaian pada item-item penelitian;

- d. Tabulasi data, adalah membuat tabel dan memasukkan nilai atau skor ke dalam tabel yang sudah tersedia;
 - e. Entry data, dilakukan setelah data selesai diolah dan memasukkannya ke dalam program komputer menggunakan *micrsoft excel 2016* dan untuk selanjutnya dilakukan analisis data.
2. Analisa data kualitatif adalah proses mengatur urutan data dan mengorganisasikannya kedalam suatu pola, kategori dan satuan uraian dasar. Adapun langkah-langkah analisis data sebagai berikut (Green & Thorogood dalam Goody, 2013).
- a. *Generating Rich Data*
Mengumpulkna data-data yang penting, melengkapi dengan catatan observasi dan membuat transkrip dari rekaman penelitian. Transkrip adalah memindahkan data dalam bentuk rekaman (dari kaset, *voice recorder*, dan alat perekam lainnya) kedalam bentuk tertulis secara lengkap tanpa mengubah (menambah atau mengurangi) informasi yang ada didalam alat perekam tersebut. Selanjutnya rekaman yang sudah ditranskrip langsung dipindah ke komputer untuk siap sedia dianalisis.
 - b. *Familiarising Oneself with The Data*
Memahami data dengan mendengarkan rekaman, membaca transkrip, dan membaca catatan pengamatan selama wawancara serta catatan kesimpulan. Tujuannya adalah supaya peneliti menangkap detail-detail dan memahami wawancara sebagai suatu gambaran yang utuh sebelum membaginya menjadi bagian-bagian kecil.
 - c. *Writing Memos*
Catat ide-ide, gagasan yang timbul selama mempelajari data untuk dapat digunakan sebagai dasar untuk pengkategorian.
 - d. *Indexing*
Kalimat deskriptif yang telah ditulis selanjutnya diatur, dengan menandai dan menyusun pernyataan-pernyataan.
 - e. *Formation of Themes*

Selanjutnya peneliti memetakan pernyataan dari konteks aslinya kemudian menyusun kembali dalam konteks tematis yang baru. Aspek yang paling penting dalam kegiatan ini adalah mereduksi data yang dilakukan dengan membandingkan dan menyamakan data serta memotong dan menggabungkan beberapa pernyataan menjadi satu.

f. *Mapping and Interpretation*

Pada tahap akhir, dibutuhkan imajinasi dan kemampuan analisis peneliti untuk melihat hubungan antar pernyataan, dan hubungan data-data secara keseluruhan.

Pada penelitian kualitatif ini, peneliti dalam melakukan analisis data memilih model analisis tematik dengan metode pengkodean secara manual. Menurut Morse dalam Martha & kresno (2016) analisis tematik bertujuan untuk mengidentifikasi tema dalam data. Model analisis tematik secara singkat melibatkan pencarian dan identifikasi benang umum dari seluruh wawancara. Tema biasanya sedikit abstrak sehingga sulit untuk diidentifikasi. Terkadang tema ini adalah konsep yang ditunjukkan oleh data daripada entitas langsung yang dijelaskan oleh informan. Pengkodean merupakan salah satu cara untuk mengidentifikasi kata-kata, isi atau paragraph yang dapat digunakan untuk pengambilan informasi dan pengkategorian selanjutnya. Adapun langkah-langkah yang dapat dilakukan oleh peneliti pada saat pengkodean dari tema adalah sebagai berikut:

1. Membaca dan membaca ulang *interview* secara keseluruhan
2. Mengulang kembali dan merefleksikan wawancara secara keseluruhan
3. Menulis memo yang bersifat umum
4. Merangkum seluruh *interview*, mengingat lebih dari satu tema yang mungkin ada di set *interview*.

F. Etika Penelitian

Kegiatan penelitian yang dilakukan oleh peneliti berdasarkan pada sikap ilmiah (*scientific attitude*) dan prinsip-prinsip etika penelitian. Etika penelitian

terdiri atas beberapa prinsip. Pada penelitian ini, peneliti menerapkan empat prinsip utama dalam penelitian (Sumantri 2011 ; Rachmawaty, 2017) meliputi :

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*Respect for human dignity*).

Partisipan atau responden memiliki otonomi untuk membuat keputusan secara sadar dan dipahami dengan baik, bebas dari paksaan, berpartisipasi atau tidak berpartisipasi dalam penelitian ini. Prinsip ini diaplikasikan oleh peneliti dengan memberikan penjelasan singkat kepada responden tentang manfaat penelitian, risiko dan ketidaknyamanan yang dapat terjadi, manfaat penelitian bagi responden dan bagaimana responden diharapkan dapat berpartisipasi dalam penelitian ini. Jika responden setuju maka diminta untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*). Apabila responden merasa tidak nyaman untuk berpartisipasi lebih lanjut, responden diperkenankan untuk mengundurkan diri dari proses penelitian kapanpun responden inginkan.

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek (*Respect for privacy and confidentiality*).

Setiap manusia sebagai subjek penelitian memiliki hak privasi untuk dijaga kerahasiaannya dan kebebasan individu. Informasi individu yang bersifat pribadi akan terbuka sebagai akibat dari aktivitas penelitian, sehingga peneliti perlu menjaga kerahasiaan berbagai informasi yang menyangkut privasi subjek yang tidak ingin diketahui oleh orang lain. Dalam pelaksanaannya, peneliti tidak boleh menampilkan informasi mengenai identitas berupa nama dan alamat subyek dalam kuesioner dan instrument apapun untuk menjaga anonimitas dan kerahasiaan identitas subyek. Peneliti dapat menggunakan koding (*inisial/identification number*) tertentu sebagai pengganti identitas.

3. Menghormati keadilan dan inklusivitas (*Respect for justice and inclusiveness*).

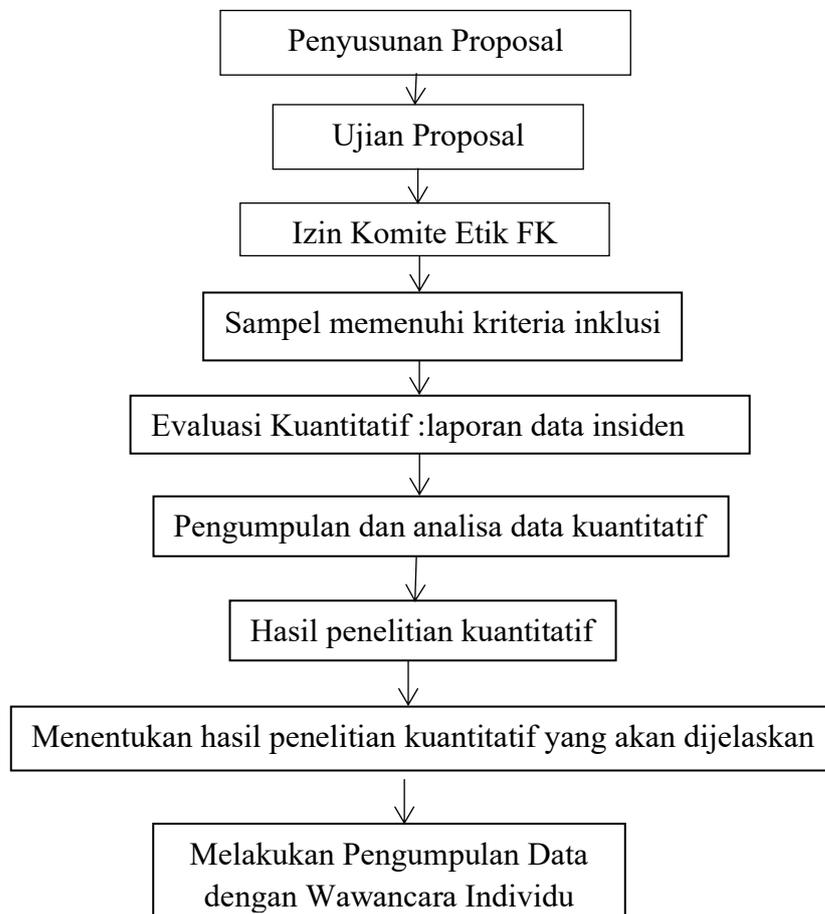
Prinsip keadilan dan inklusivitas mengandung makna bahwa penelitian memberikan keuntungan dan beban secara merata sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan responden. Individu harus diperlakukan dengan adil dan

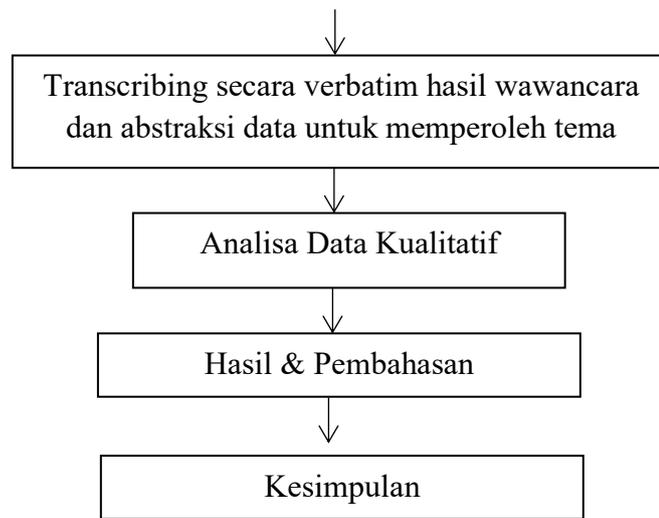
memberikan apa yang menajadi haknya. Penelitian ini dilakukan secara adil, jujur, tepat, cermat, hati-hati dan dilakukan secara professional serta tanpa diskriminasi usia, suku, atau status social ekonomi responden.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*Balancing harm and benefits*).

Peneliti memastikan bahwa selama penelitian berlangsung responden bebas dari rasa tidak nyaman dan meminimalisir dampak yang merugikan bagi subjek penelitian (*nonmalefisiense*). Prinsip ini diaplikasikan dengan mengajukan permohonan *Ethical Clearance* pada komisi etik penelitian dilakukan sesuai dengan prosedur penelitian dan memberikan penjelasan kepada responden berupa risiko dan manfaat dari tindakan yang diberikan kepada responden

G. Alur Penelitian





Gambar 4.1 Alur Penelitian

BAB V

HASIL PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin Makassar sejak tanggal Mei - Juni 2021. Pengumpulan data menggunakan beberapa metode pengumpulan data yaitu pengambilan data sekunder untuk mengetahui secara umum jumlah insiden dan jenis insiden yang telah dilaporkan oleh petugas kesehatan dan dilanjutkan wawancara kepada responden yang terpilih yang pernah terlibat dalam pelaporan insiden keselamatan pasien.

A. Hasil Penelitian

1. Karakteristik Responden

Sebelum melakukan wawancara terhadap responden yang terpilih sebelumnya dilakukan pengambilan data sekunder di bagian Komite Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin untuk mengetahui jenis-jenis insiden yang pernah terjadi dan dilaporkan oleh petugas kesehatan.

Pengumpulan data dengan metode kualitatif yaitu dilakukan wawancara semi terstruktur secara mendalam untuk mengetahui dan menemukan permasalahan yang dihadapi oleh responden. Responden yang terpilih merupakan petugas kesehatan yang pernah terlibat dalam pelaporan insiden keselamatan pasien yang di rekomendasikan oleh kepala ruangan/ kepala unit. Sebelum wawancara dilakukan, peneliti menjelaskan prosedur penelitian kepada calon responden dan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Responden dalam penelitian ini berjumlah 9 orang petugas kesehatan yang terdiri dari 7 perawat, 1 laboran, dan 1 dietisien (ahli gizi) dengan data responden sebagai berikut :

- a. R1 adalah Perawat sebagai Kepala Ruangan di Ruang Perawatan Mata.
- b. R2 adalah Perawat sebagai Ketua Tim di Ruang Perawatan Kelas 1.
- c. R3 adalah Perawat sebagai Kepala ruangan di Ruang Khusus Hemodialisa

- d. R4 adalah Perawat sebagai Perawat Pelaksana di Ruang Operasi Bedah Sentral
- e. R5 adalah Perawat sebagai Perawat Pelaksana di Ruang Operasi Bedah Sentral
- f. R6 adalah Perawat sebagai Kepala Ruangan di Ruang Operasi Mata
- g. R7 adalah Laboran sebagai Laboran pelaksana di Laboratorium Patologi Klinik
- h. R8 adalah Perawat sebagai Perawat Pelaksana di Ruang Perawatan VIP dulunya sekarang di Ruang Isolasi Covid.
- i. R9 adalah ahli gizi (dietisen) di Instalasi Gizi.

Sementara itu, karakteristik responden penelitian ini yang berjenis kelamin laki sebanyak 3 perawat (33,3%) dan jenis kelamin perempuan sebanyak 6 yang terdiri 1 laboran, 1 dietisen dan 4 perawat (66,6%). Berdasarkan tingkat pendidikan, paling banyak responden dengan pendidikan terakhir S1 sebanyak 6 orang (66,6%) dan D3 sebanyak 3 orang (33,3%), responden berstatus sebagai pegawai kontrak sebanyak 4 orang (44,4%) dan responden berstatus sebagai Pegawai Negeri Sipil sebanyak 5 orang (55,5%). Hasil rata-rata umur responden pada penelitian ini 32 tahun dan masa kerja responden adalah rata-rata telah bekerja selama 7 tahun. Data karakteristik responden dapat dilihat pada Tabel 5.2 berikut :

Tabel 5.1 Data Karakteristik Responden

Karakteristik	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	3	33,3%
Perempuan	6	66,6%
Tingkat Pendidikan		
S1 (Sarjana)	6	66,6%
D3	3	33,3%
Status Kepegawaian		
Pegawai Kontrak	4	44,4%
PNS	5	55,5%
Profesi		
Perawat	7	77,7%
Laboran	1	11,1%
Dietisen	1	11,1%

Jabatan		
Kepala ruangan	3	33,3%
Petugas Pelaksana	6	66,6%
Pelatihan Insiden		
Ya	9	100%
Tidak	0	
Karakteristik	Mean	Min-Max
Umur (tahun)	32	29-35
Masa Kerja (tahun)	7	2-11

Ket : *Min (Minimal), Max (Maximal)*

Pada data karakteristik responden dapat dilihat bahwa responden di dominasi perempuan (66,6%) dan mayoritas berpendidikan S1 (66,6%). Kelompok petugas kesehatan terbanyak yaitu perawat (77,7%). Status kepegawaian pada responden hampir sama PNS (55,5%). Sebagian besar responden dengan jabatan petugas pelaksana di ruangan masing-masing (66,6%). Dan seluruh responden telah memperoleh pelatihan tentang pelaporan insiden (100%).

2. Tujuan Penelitian

a. Jenis-jenis insiden

Salah satu tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui jenis-jenis insiden yang pernah terjadi dan dilaporkan oleh petugas kesehatan. Data ini didapatkan dari kumpulan laporan di bagian Komite Mutu dan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin. Tabel di bawah ini memperlihatkan jenis-jenis insiden tersebut. Jenis-jenis insiden tersebut meliputi:

- 1) Kejadian Nyaris Cedera (KNC) yaitu suatu kejadian yang tidak menyebabkan cedera pada pasien atau belum sampai terpapar ke pasien.
- 2) Kejadian Potensial Cedera (KPC) yaitu suatu kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
- 3) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yaitu cedera yang terjadi akibat kejadian tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan bukan karena kondisi pasien.

- 4) Kejadian Tidak Cedera (KTC) yaitu Suatu kejadian yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena "keberuntungan".
- 5) Kejadian Sentinel yaitu Suatu kejadian tidak diharapkan yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius; dimana kejadiannya tidak dapat diterima seperti: operasi pada bagian tubuh yang salah

Tabel 5.1 Klasifikasi Jenis Insiden Keselamatan Pasien Yang Dilaporkan Oleh Petugas Kesehatan

No	Tahun	Klasifikasi Insiden					Total Insiden	%	jumlah pasien/tahun
		KNC	KPC	KTD	KTC	Kejadian Sentinel			
1.	2017	77	3	4	11	0	95	1,47	6442
2.	2018	10	0	2	1	0	13	0,17	7634
3.	2019	26	3	9	6	0	44	0,46	9428
4.	2020	17	9	7	3	0	36	0,75	4755
Total		130	15	22	21	0	188		

Ket : *KNC (*kejadian Tidak Diharapkan*), *KTD (*Kejadian Tidak Diharapkan*), *KPC (*Kejadian Potensial Cedera*), * KTC (*kejadian Tidak Cedera*)

Dari hasil wawancara di dapatkan informasi lebih lanjut mengenai bentuk insiden yang terjadi yang dikemukakan oleh responden. Bentuk insiden yang terjadi dan dilaporkan oleh petugas kesehatan dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.3 Bentuk Insiden yang terjadi dan dilaporkan oleh petugas kesehatan.

No	Jenis Insiden	Bentuk Insiden	Hasil wawancara	R
1.	KTD	Pasien Jatuh	<i>"Bapak jatuh di kamar mandi..."</i>	R1
		Infeksi Nosokomial (Infeksi DLC)	<i>"..infeksi DLC, double lumen pada pasien.."</i>	R3
		Infeksi Post Op. Mata	<i>"kasus pasien e... yang mengalami infeksi sesudah operasi"</i>	R6
		Cedera Mata	<i>"... jadi ada sedikit cedera di matanya..."</i>	R6
2.	KPC	Transfusi Darah (keterlambatan sampel darah)	<i>"..keterlambatan sampel darah PMI itu...."</i>	R7
		Identitas pasien (Salah identitas pasien)	<i>"kesalahan penginputan e...tanggal lahir pasien di perawatan"</i>	R7
		Nutrisi Makanan (Ketidaktepatan waktu pemberian makanan)	<i>kurang tepat e...dalam pemberian makanan ke e...pasien..e"</i>	R8
		identitas pasien (salah identitas pasien)	<i>"...yang semestinya itu jenis kelaminnya itu laki-laki tapi dibuat ke perempuan"</i>	R2
3.	KTC	Transfusi Darah (Produk darah tertukar)	<i>" Misalnya ini data si A di transfusi...ditransfusikan ke si B ya"</i>	R4
		Transfusi Darah (salah identitas)	<i>"Transfusi darah itu salah masuk ke pasien...."</i>	R5
		Nutrisi makanan (salah diet)	<i>"e....terjadinya kesalahan pemberian diet kepada pasien..."</i>	R8
4.	KNC	Transfusi Dara(salah identitas produk darah)	<i>.salah identitas ada kekeliruan identitas pada produk darah sebelum transfusi darah kak"</i>	R9

b. Bentuk pelaksanaan pelaporan insiden

Bentuk pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien didapatkan dari hasil wawancara dari kesembilan responden dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.4 Bentuk pelaksanaan pelaporan insiden

No	Bentuk Pelaporan	Hasil wawancara	Responden
1.	Langsung	<i>“langsung melapor ke kepala ruangan”</i>	R2
		<i>“langsung melapor...e...melapor ke sini...ke mutu...”</i>	R1
		<i>“kami langsung melapor ke kepala ruangan”</i>	R5
		<i>“yang dirawat inap melaporkan langsung kepada kepala instalasi gizi”</i>	R8
		<i>“saya laporkan untuk kejadian ini kepada atasan saya”</i>	R9
2	Website (SISMADAK)	<i>“Dilakukan pelaporan melalui website atau link rumah sakit”</i>	R2
		<i>“dilaporkan dengan menggunakan web yang ada di rumah sakit e..”</i>	R9
		<i>“tidak perlu kita bertemu cukup melapor di web saja”</i>	R7
		<i>“sistem pelaporan secara online di SISMADAK”</i>	R6
		<i>“dilakukan pelaporan melalui website atau link yang disediakan rumah sakit”</i>	R4
		<i>yang saya dapat itu dilaporkan di....SISMADAK</i>	R5
		<i>melapor e....yang ada...yang web.....webnya itu kak di rumah sakit</i>	R8
3.	Telepon	<i>“saya via ..by.via telepon dulu”</i>	R3

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi petugas kesehatan dalam pelaksanaan pelaporan insiden

Faktor-faktor yang mempengaruhi petugas kesehatan dalam sistem pelaporan insiden keselamatan pasien melalui hasil wawancara dengan responden dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 5.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi petugas dalam sistem pelaporan insiden keselamatan pasien

No	Faktor-faktor	Hasil wawancara	R
1	Motivasi	<i>“saya termotivasi untuk melaporkan setiap kejadian yang berhubungan dengan keselamatan pasien”</i>	R8
		<i>“motivasi saya sendiri kak untuk perbaikan pelayanan kedepannya”</i>	R9
		<i>supaya kita ada jalan keluarnya atau solusi bagaimana kedepannya ini, itu motivasi saya untuk melaporkannya.”</i>	R5
2.	Ketakutan	<i>“Salah satu faktornya takut”</i>	R1
		<i>“merasa takut disalahkan dalam hal ini e..”</i>	R4
		<i>“takut nantinya kita di kasih sanksi atau SP”</i>	R5
		<i>“Diawal-awal mungkin ada budaya takut melapor dan akan ada sanksi”</i>	R6
3.	Pengetahuan	<i>“sangat penting untuk menciptakan budaya keselamatan”</i>	R5
		<i>“pelaporan sangat penting karena ini akan dijadikan sebagai bentuk pelajaran”</i>	R4
		<i>kita tidak lapor, bisa saja nanti tambah e...resikonya fatal e..”</i>	R1
4.	Dukungan Organisasi	<i>“dukungannya dari rumah sakit itu sangat bagus”</i>	R3
		<i>“Dukungannya sangat bagus,”</i>	R4
		<i>“dukungannya itu bagus”</i>	R5
		<i>dan jajaran direksi sangat mendukung e...adanya pelaporan-pelaporan tersebut”</i>	R6

d. Umpan balik dari pelaporan

Berdasarkan hasil wawancara dengan kesembilan responden didapat hasil bahwa umpan balik dari pelaporan yang dilakukan oleh petugas dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 5.6 Umpan balik pelaporan

No	Jenis Insiden (Tipe Insiden)	Umpan Balik	Hasil wawancara	R
1	KTD (infeksi DLC)	Investigasi	<i>“datang ke ruangan bertanya-tanya tentang bagaimana....lagi..itu kejadian”</i>	R3
		<i>Root Cause Analysis (RCA)</i>	<i>“di lakukan RCA, adakan zoom meeting ke semua direksi-direksi..semua DPJP dikutkan dalam pertemuan itu”</i>	R3
		Solusi/Rekomendasi	<i>“klo bisa pemasangan DLC nya jangan d femoral..dan di beri antibiotic</i>	R3
2.	KTD (pasien jatuh)	Investigasi	<i>“melakukan investigasi itukan sudah jelas, ada investigasi”</i>	R1
		<i>Root Cause Analysis (RCA)</i>	<i>“dirapatkan atau diangkat atau dibahas kasusnya”</i>	R1
		Solusi/Rekomendasi	<i>“pasien didampingi dan dilakukan pemasangan karpet anti air d kamar mandi”</i>	R1
3	KTD (Infeksi Op.Mata)	Investigasi	<i>“tim mutu investigasi siapa-siapa yang terlibat dan terjun langsung ke unit tersebut”</i>	R6
		<i>Root Cause Analysis (RCA)</i>	<i>“langsung ditindaki oleh bagian mutu dan selanjutnya dilakukan RCA atau akar masalah”</i>	R6
		Solusi /rekomendasi	<i>“diganti merk betadine yang biasa kami gunakan”</i>	R6
4.	KPC (identitas pasien)	Solusi/rekomendasi	<i>“pelabelan itu diganti dengan yang baru sesuai dengan identitas pasien”</i>	R2
5.	KPC (keterlambatan sampel darah)	Investigasi	<i>“dilakukan wawancara....sapa yang terlibat”</i>	R7
		Solusi/rekomendasi	<i>“petugas bank darah harus berkomunikasi</i>	R7

			<i>dengan dokternya jangan melalui perawat lagi”</i>	
6.	KTC (Transfusi darah)	Investigasi	<i>“me..wawancarai secara langsung pihak-pihak atau perawat ataupun dokter yang terkait”</i>	R4
		<i>Root Cause Analysis (RCA)</i>	<i>“melakukan rapat internal membahas masalah itu..”</i>	R4
		Solusi/rekomendasi	<i>“double check ee..harus dilakukan sesuai SOP “</i>	R4
7	KTC (Transfusi darah)	Investigasi	<i>“mutu cepat turun tangan untuk menang..untuk menangani insiden tersebut”</i>	R5
		<i>Root Cause Analysis (RCA)</i>	<i>“Cepat dirapatkan semua bidang , bidang rumah sakit dan bidang keperawatan”</i>	R5
8.	KTC (Nutrisi Makanan)	Investigasi	<i>“Langsung.e....mendatangi e..pasien, menanyakan langsung ke pasien”</i>	R8
		Solusi	<i>“Waktu yang tepat untuk e...pelaksanaan operasi selanjutnya</i>	R8
9.	KNC (Transfusi darah)	Investigasi	<i>Langsung turun tangan untuk investigasi kejadian ini”</i>	R9
		Evaluasi	<i>“ada kayak apa kak evaluasi dari laboratorium untuk kejadian ini kak</i>	R9
		Solusi/Rekomendasi	<i>“pengambilan sampel ulang untuk crosscheck kembali”</i>	R9

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Hasil

Penelitian mengenai evaluasi pelaksanaan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien oleh petugas kesehatan bertujuan untuk mengetahui pelaksanaan sistem pelaporan insiden di rumah sakit Universitas Hasanuddin untuk mendapatkan gambaran bagaimana pelaksanaan sistem pelaporan, mengidentifikasi jenis insiden yang terjadi, bentuk pelaksanaan pelaporan, dan mengidentifikasi umpan balik proses pelaporan yang telah dilakukan oleh petugas kesehatan.

1. Jenis-Jenis Insiden

Berdasarkan dari data jumlah insiden yang terjadi setiap tahunnya di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin insiden yang banyak terjadi pada tahun 2017 dengan total insiden 95 insiden dengan jumlah pasien 6442 dengan persentase kejadian 1,47 %. Banyaknya jumlah pasien dengan peningkatan terjadinya insiden keselamatan pasien berhubungan dengan beban kerja petugas kesehatan. Keluhan tingginya beban kerja merupakan faktor yang dapat menimbulkan menurunnya potensi kerja atau kinerja dari petugas kesehatan. Hal ini bisa tampak bila terjadi kenaikan jumlah kunjungan pasien dan meningkatnya *Bed Occupancy Rate (BOR)* sedangkan jumlah peugas tidak sesuai dengan jumlah pasien. Menurut Purba, Y.S. (2015) beban kerja yang berlebih pada perawat dapat memicu timbulnya stres dan burnout. Perawat yang mengalami stres dan burnout memungkinkan mereka untuk tidak dapat menampilkan performa secara efektif dan efisien dikarenakan kemampuan fisik dan kognitif mereka menjadi berkurang yang kemungkinan dapat terjadi disebabkan karena ketidakseimbangan antara jumlah pasien dengan jumlah perawat yang bekerja di rumah sakit tersebut, sehingga perawat mendapatkan beban kerja yang lebih banyak daripada kemampuan maksimal dari perawat tersebut sehingga perawat mengalami beban kerja mental dan menimbulkan tindakan

tidak aman. Sedangkan total insiden yang terjadi pada tahun 2018 – 2020 mengalami tren naik turun dari persentase jumlah terjadinya insiden yaitu tahun 2018 dengan persentase 0,17 % kemudian mengalami kenaikan pada tahun 2019-2020 yaitu 0,46% dan 0,75%. Persentase kejadian insiden per tahun yang mengalami fluktuasi menandakan bahwa sistem pelaporan di RS Universitas Hasanuddin sudah berjalan namun rumah sakit belum maksimal dalam melakukan evaluasi sistem pelaporan menjadikan suatu insiden keselamatan pasien sebagai sebuah pembelajaran yaitu belajar dari insiden yang terjadi dan mencegah terjadinya insiden yang sama berulang. Sebuah studi yang dilakukan oleh Gqaleni, T.M & Bhengu, B., Y.S. (2020) mengatakan bahwa keberhasilan suatu sistem pelaporan insiden keselamatan pasien yaitu dijadikannya suatu insiden sebagai pembelajaran sehingga mencegah terjadinya insiden yang berulang ditandai dengan perawatan yang berkualitas mengacu pada perawatan dan pengobatan pasien sehubungan dengan adanya penurunan pada insiden keselamatan pasien.

Untuk bentuk insiden yang banyak terjadi yaitu insiden transfusi darah baik Kejadian Tidak cedera (KTC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Potensial Cedera (KPC). Transfusi darah merupakan tipe insiden yang dapat terjadi di ruangan mana saja baik di perawatan maupun di kamar operasi. Dan kesalahan transfusi darah bisa terjadi karena disebabkan oleh koordinasi dan komunikasi beberapa petugas, dari dokter sebagai pemberi instruksi, petugas laboratorium sebagai pengambil sampel darah dan perawat yang melakukan prosedur pemasukan produk darah sehingga berpotensi untuk menyebabkan insiden ke pasien bila petugas tidak melakukan komunikasi dengan baik. Komunikasi bukan hanya antar petugas kesehatan tetapi komunikasi penting juga antara petugas kesehatan dan pasien. Komunikasi merupakan penentu keberhasilan proses keperawatan sehingga mengurangi kesalahan yang dapat mengakibatkan insiden keselamatan pasien bila dilaksanakan. Menurut Zen (2013) komunikasi sangat penting dalam proses keperawatan. Bila perawat menggunakan komunikasi yang baik dan efektif dengan melakukan

pengecekan identitas pasien sebelum melakukan tindakan keperawatan akan membuat pasien percaya kepada perawat selain itu dapat menghindari insiden yang tidak diinginkan (Zen, 2013)

Petugas yang terlibat dalam insiden tersebut di dominasi oleh perawat. Perawat merupakan petugas pelaksana kesehatan dengan jumlah lebih dominan serta waktu kerja paling tinggi selama 24 jam, sehingga perawat berperan besar dalam penerapan budaya keselamatan pasien. Hal ini sesuai dengan penelitian yang di lakukan oleh (Gao et al., 2019) bahwa jenis insiden yang paling umum adalah insiden terkait obat, diikuti insiden terkait insiden keperawatan dan insiden terkait operasi. Mayoritas insiden melibatkan perawat diikuti oleh dokter dan teknologi medis.

2. Bentuk Pelaksanaan Pelaporan Insiden

Laporan insiden dibuat oleh petugas kesehatan yang pertama kali melihat insiden kemudian mereka harus melaporkan melalui aplikasi web dengan nama aplikasi SISMADAK yang sebelumnya telah melaporkan secara lisan kepada kepala unit atau kepala instalasi. Melalui aplikasi SISMADAK laporan tersebut akan mendapatkan umpan balik berupa Komite Mutu Keselamatan Pasien akan melakukan investigasi dari hasil investigasi dilakukan rapat untuk mencari solusi dari kejadian yang tersebut. Dari hasil wawancara kepada responden menunjukkan bahwa laporan insiden di rumah sakit dibuat secara langsung oleh staf yang melihat pertama atau yang terlibat pada saat kejadian itu berlangsung. Proses pelaporan dimulai dari adanya temuan insiden. Petugas yang menemukan kemudian membuat laporan dengan cara input data di program SISMADAK. Data laporan ini meliputi biodata pasien, kronologi kejadian. Pengumpulan dan pengambilan data harus dilakukan secara valid (yaitu akurat, lengkap, tepat waktu, serta terpercaya) karena data tersebut digunakan untuk menganalisis masalah, mengevaluasi pelayanan, serta membandingkan cara atau sistem pelayanan. Sumber data yang digunakan untuk pelaporan dapat dikatakan akurat (terpercaya) jika sesuai dengan alur dan kronologi insiden yang terjadi. Pelaporan data tersebut juga dikatakan

telah lengkap karena data berisi tentang aspek yang harus dilaporkan dan sudah sesuai dengan laporan insiden meskipun pelaporan tersebut tidak langsung dibuat pada saat itu. Kendala dalam pelaporan insiden adalah kurangnya waktu untuk mengisi laporan. Pengisian pelaporan insiden yang terjadi dilakukan bersamaan tugas pelayanan sehingga pengisian pelaporan insiden sering tertunda karena petugas harus mengutamakan pelayanan terlebih dahulu. Kondisi ini juga membuat petugas yang tidak sempat melaporkan ke SISMADAK sehingga hanya melaporkan secara lisan ke kepala ruangan atau bagian mutu secara lisan, kemudian baru melaporkannya melalui SISMADAK setelah kejadian terjadi kemudian sehingga kemungkinan isi laporan kurang lengkap dibanding kejadian yang sebenarnya. Metode pelaporan dengan menggunakan web merupakan salah satu upaya untuk mengatasi pengembangan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien secara anonym, rahasia dan dapat digunakan multiuser secara bersamaan. Aplikasi berbasis web dianggap paling cocok untuk proses pengumpulan data, akses mudah untuk pelaporan, waktu entri data lebih pendek, mudah dibaca, dan bisa diakses dimanapun dilingkungan rumah sakit. Metode pelaporan berbasis web semakin banyak digunakan karena dianggap lebih menguntungkan dibandingkan dengan sistem pelaporan dengan kertas (Zahro et al., 2011).

3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pelaporan Insiden

Faktor yang mempengaruhi pelaporan insiden ditentukan dari karakteristik petugas seperti usia, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja, perasaan takut disalahkan, stres, kurang pengetahuan tentang keselamatan pasien, dan rendahnya kemauan melapor (Alfiani,2018). Faktor organisasi yang mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien yaitu sistem pelaporan yang rumit, rendahnya budaya keselamatan pasien, adanya konflik atau kerjasama antar departemen atau bagian, respon pelaporan. Dalam penelitian lain didapatkan bahwa rendahnya pelaporan insiden dikarenakan kurangnya pemahaman staff tentang IKP di rumah sakit serta kurang optimalnya umpan balik yang diberikan oleh tim KPRS terhadap

pelaporan IKP. Perlunya sistem pelaporan yang ideal yang tidak menghukum, menjaga kerahasiaan, tepat waktu, dianalisis oleh ahli dan berorientasi pada sistem, hasil laporan dapat dimanfaatkan untuk pembelajaran, menentukan skala prioritas pemecahan masalah, memonitoring, evaluasi kegagalan atau keberhasilan suatu program (Khorsandi, Skouras, Beatson, & Alija, 2012). Dalam penelitian ini salah satu faktor yang mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien adalah pengetahuan. Mayoritas responden dalam penelitian ini memiliki pengetahuan yang baik tentang pentingnya petugas kesehatan melakukan pelaporan bila terjadi insiden keselamatan pasien. Pengetahuan responden mengenai keselamatan pasien dapat berkaitan dengan perilaku atau sikap dan praktik keselamatan pasien, dalam hal ini di golongkan dalam perilaku yang positif, responden mau melaporkan insiden keselamatan pasien karena adanya kesadaran diri untuk tidak mencederai orang lain, adanya pengetahuan mengenai pentingnya keselamatan pasien dan pelaporan. Dan Responden memiliki pengetahuan yang baik terkait pelaporan insiden keselamatan pasien karena sebagian besar responden semuanya sudah mendapatkan pelatihan selama bekerja di RS Universitas Hasanuddin. Dengan mendapatkan pelatihan yang baik bisa meningkatkan kinerja petugas dalam melaporkan insiden (Hwang, Kim, & Chin, 2019). Selain mendapatkan pelatihan, petugas juga sudah berpengalaman dilihat dari masa kerja petugas lebih dari 3 tahun. Pengalaman merupakan sumber pengetahuan, atau pengalaman itu suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan. Oleh karena itu pengalaman pribadi pun dapat digunakan sebagai upaya untuk memperoleh pengetahuan (Lyphout et al., 2018). Namun dalam hal pelaporan insiden sebagian besar responden masih merasa takut untuk melaporkan. Responden mengatakan takut diberikan sanksi/hukuman karena melaporkan suatu insiden atau takut berhubungan dengan bagian manajemen rumah sakit. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Dhamanti, et al.,(2019), mengatakan bahwa salah satu hambatan dalam pelaksanaan budaya keselamatan pasien yang paling

banyak diungkapkan oleh petugas kesehatan yaitu ketakutan Petugas kesehatan seringkali memilih untuk tidak melapor karena melaporkan Insiden takut disalahkan atau dihukum dan mencegah konflik antara rekan kerja. Selain faktor pengetahuan dan ketakutan, motivasi juga merupakan faktor yang mempengaruhi petugas dalam melakukan pelaporan. Menurut responden, motivasi mereka untuk melakukan pelaporan yaitu untuk perbaikan pelayanan selanjutnya dan tanggung jawab terhadap kinerja. Motivasi mempunyai tiga unsur utama yaitu kebutuhan, dorongan dan tujuan. Kebutuhan terjadi jika ada ketidakseimbangan antara apa yang dimiliki dengan apa yang diharapkan, sedangkan dorongan adalah kekuatan mental yang berorientasi pada pencapaian tujuan. Dorongan untuk mencapai tujuan adalah inti dari motivasi (Nursalam, 2015).

Faktor lain yang mempengaruhi sistem pelaporan adalah dukungan organisasi. Keselamatan pasien adalah program kerja yang melibatkan banyak unit kerja di rumah sakit secara holistik sehingga dibutuhkan koordinasi antar unit untuk mencapai tujuan program secara optimal. Dibutuhkan komitmen direksi, manajemen, dan tim keselamatan pasien rumah sakit untuk memantau dan mengevaluasi pelaporan insiden dengan cara visitasi secara periodik dan melakukan rapat yang diadakan tiap bulan. Responden menyatakan bahwa rumah sakit sangat mendukung petugas kesehatan untuk melaporkan kejadian yang terjadi. Dukungan yang diberikan berupa fasilitas untuk melakukan pelaporan, dan rumah sakit belajar dari insiden tersebut untuk melakukan perbaikan pelayanan dan mencegah terjadinya insiden berulang

4. Umpan Balik Pelaporan

Dalam pelaporan yang dilakukan oleh petugas akan ada umpan balik yang dilakukan oleh pihak Komite Mutu dan Keselamatan Pasien. Mayoritas responden mendapatkan umpan balik/ feedback yang baik tergantung dari jenis insiden yang dilaporkan. Responden mengungkapkan pendapat ketika melihat masalah yang berdampak negatif terhadap pelayanan pasien dan melaporkan kepada Komite Mutu dan Keselamatan

Pasien Rumah Sakit setelah itu hasil dari pelaporan akan ada tindakan yang berupa melakukan investigasi ke tempat kejadian, dan mewawancarai orang-orang yang terlibat, dari hasil investigasi akan dilakukan RCA (*Root Cause Analysis*), dan akan dikeluarkan rekomendasi dan solusi dari kejadian insiden tersebut. Insiden yang membutuhkan RCA tergantung dari keparahan insiden yang terjadi setelah dilakukan grading, grading dapat dilakukan oleh pelapor sendiri kemudian dilakukan regarding oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Namun, dari hasil wawancara dengan responden tidak ditemukan umpan balik berupa adanya grading keparahan insiden. Dari hasil penelitian didapatkan umpan balik RCA dilakukan pada insiden KTD dan KTC, untuk insiden KPC dan KNC hanya dilakukan investigasi dan dikeluarkan solusi. Berdasarkan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS, 2015) dalam pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) dalam umpan balik pelaporan yang dilakukan oleh pelapor, berdasarkan alur pelaporan dimulai dari pada insiden terjadi (KNC, KTD, KPC, KTC, Kejadian sentinel) dilakukan penanganan langsung pada pasien di tempat kejadian, kemudian melakukan pelaporan kejadian selama 1x24 jam ke atasan langsung (Karu/Kanit), membuat laporan insiden bersama petugas dan melakukan grading awal, investigasi sederhana dan rekomendasi. Laporan akan diserahkan ke koordinator KPRS, dan koordinator KPRS melakukan regarding, dari hasil regarding akan menentukan tingkat keparahan dari suatu insiden (low, moderate, high, dan extreme). Apabila hasil regarding didapatkan high dan extreme akan dilakukan RCA (*Root Cause Analysis*). RCA akan melibatkan direktur dan pihak-pihak yang terlibat dalam insiden tersebut.

Dari pelaporan yang dilakukan akan ada umpan balik dari pihak komite mutu dan keselamatan pasien yang disetujui oleh manajemen rumah sakit berupa rekomendasi atau solusi. Umpan balik yang efektif dari sistem pelaporan sangat penting untuk organisasi untuk belajar dari kegagalan dalam mempersempit perawatan dan untuk berinovasi lebih banyak laporan masa depan. Umpan balik keselamatan harus diberikan kepada staf

medis kerentanan khusus dalam sistem perawatan kesehatan untuk meningkatkan kesadaran dan harus mencakup tindakan korektif tepat waktu untuk meningkatkan keselamatan. Benn *et al.* dalam (Brunsveld-Reinders *et al.*, 2016) mengatakan lima model umpan balik untuk sistem pelaporan yang dapat ditetapkan dengan cara: (1) bounce back (informasi kepada pelapor), (2) respon cepat (tindakan dalam sistem kerja lokal), (3) meningkatkan risiko kesadaran (informasi untuk semua personel lini depan), (4) informasikan staf tindakan yang diambil (informasi kepada pelapor dan komunitas pelaporan yang lebih luas) dan (5) meningkatkan keamanan sistem kerja (tindakan dalam pekerjaan lokal sistem).

B. Implikasi dalam Praktik Keperawatan

Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan salah satu Sistem yang didesain untuk memperoleh informasi tentang keselamatan pasien yang dapat digunakan bagi pembelajaran organisasi dan individu. Pelaporan insiden keselamatan pasien yang baik mampu mendukung upaya dalam melakukan identifikasi risiko pada insiden yang berpotensi menyebabkan ancaman keselamatan pasien dan dapat mencegah terjadinya insiden berulang dengan tujuan untuk memberikan pelayanan yang berfokus pada keselamatan pasien.

C. Keterbatasan Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, terdapat beberapa keterbatasan penelitian dalam pelaksanaannya, yaitu :

1. Penelitian ini dilakukan selama masa pandemic terjadi. Sehingga untuk mencegah terjadinya penyebaran virus, pengumpulan data tidak dapat dilakukan dengan metode diskusi kelompok terfokus (*Focus Group Discussion*) untuk memperoleh kedalaman dan kekayaan data yang lebih padat.
2. Responden dalam penelitian hanya melibatkan 3 jenis profesi kesehatan, sehingga kesempatan untuk memperoleh informasi yang lebih beragam dari semua petugas kesehatan tidak bisa didapatkan.

D. Rekomendasi

Laporan data pelaporan insiden keselamatan pasien sebaiknya tersedia di setiap unit ruangan, untuk memudahkan melihat jumlah insiden yang terjadi dan tahap penyelesaiannya. Selain itu, Rumah Sakit Universitas Hasanuddin perlu mengembangkan suatu metode evaluasi yang tepat yang dapat menilai pelaksanaan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien. Penelitian berikutnya dapat dikembangkan dengan melakukan metode penelitian yang berbeda dan jumlah responden yang lebih luas dan banyak.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

pelaksanaan sistem pelaporan di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, sudah berjalan dengan baik, dengan adanya laporan jenis insiden yang dilakukan oleh petugas kesehatan, dengan bentuk pelaporan menggunakan aplikasi web (SISMADAK), meskipun ketakutan untuk melaporkan menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi petugas, selain faktor pengetahuan, motivasi dan dukungan organisasi. Dari pelaporan ada umpan balik yang diberikan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS).

B. SARAN

Evaluasi pelaksanaan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien perlu dilakukan secara berkala agar rumah sakit dapat terus belajar dari insiden yang terjadi dan terus melakukan perbaikan untuk meningkatkan keselamatan pasien di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

DAFTAR PUSTAKA

- Al Hamid, A., Malik, A., & Alyatama, S. (2019). An exploration of patient safety culture in Kuwait hospitals: a qualitative study of healthcare professionals' perspectives. *International Journal of Pharmacy Practice*. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12574>
- Arfan, A. N., Pasinringi, S. A. ., & Sidin, A. . I. (2013). *Determinant Description Of Patient Safety Incident At Health Workers In Hasanuddin University Hospital*. 1–10.
- Astuti, Painringi, S. A., & Kadir, A. R. (2018). Pengaruh elemen People pada Knowledge Influence Element people of knowledge management to patient saefty Culture at RS A . M Parikesit Tenggaraong. *Tenggaraong, Rsud A M Parikesit*, 2(1).
- Alfiani, F. (2018). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Putera Bahagia Cirebon Tahun 2018.
- Brunsveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., De Vos, R., & De Jonge, E. (2016). Incident and error reporting systems in intensive care: A systematic review of the literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(1), 2–13. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv100>
- Creswell, J. W. (2020). *Pengantar Penelitian Mixed Methods*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Dharma, K. K. (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian*. Edisi Revisi. Jakarta: Trans info Media.
- Dhamanti, I. (2015). Comparison of Four Methods To Detect Adverse Events in Hospital. *Majalah Kedokteran Andalas*, 38(2), 139. <https://doi.org/10.22338/mka.v38.i2.p139-146.2015>
- Dhamanti, I., Leggat, S., Barraclough, S., & Tjahjono, B. (2019). Patient safety incident reporting in indonesia: An analysis using world health organization characteristics for successful reporting. *Risk Management and Healthcare Policy*, 12, 331–338. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S222262>
- Donabedian, A. (1981). Criteria, norms and standards of quality: What do they mean? *American Journal of Public Health*, 71(4), 409–412. <https://doi.org/10.2105/AJPH.71.4.409>
- Fung, W. M., Koh, S. S. L., & Chow, Y. L. (2012). Attitudes and perceived barriers influencing incident reporting by nurses and their correlation with reported incidents: A systematic review. *JBIC Library of Systematic Reviews*, 10(1), 1–65. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2012-44>