

TESIS

**PENERAPAN SISTEM PELAPORAN INSIDEN
KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT :
*INTEGRATIVE REVIEW***



**ACO MURSID
R12181011**

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

**PENERAPAN SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN
PASIEN DI RUMAH SAKIT : *INTEGRATIVE REVIEW***

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Mendapatkan Gelar Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan

Disusun dan Diajukan Oleh

(ACO MURSID)
R012181011

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2021**

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

**PENERAPAN SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN
PASIEN DI RUMA SAKIT: *INTEGRATIVE REVIEW***

Disusun dan diajukan oleh

**ACO MURSID
R012181011**

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian yang dibentuk dalam rangka Penyelesaian Studi Program Magister Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin pada tanggal 04 Februari 2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat kelulusan.

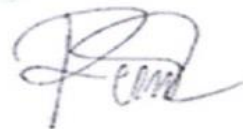
Menyetujui,

Pembimbing Utama,



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

Pembimbing Pendamping,



Dr. Rosyidah Arafat, Ns, M.Kep, Sp.KMB
NIP. 19850304 201012 2 003

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,



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



Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,

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

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Aco Mursid
NIM : R012181011
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Jenjang : S2

Menyatakan dengan ini bahwa karya tulisan saya berjudul :

**“Penerapan Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit :
Integrative Review”**

Adalah karya tulisan saya sendiri dan bukan merupakan pengambilan alihan tulisan orang lain bahwa Tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 04 Februari 2021

Yang Menyatakan



Aco Mursid

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim.

Alhamdulillah. Segala puji bagi Allah SWT atas rahmat dan karuniaNYA sehingga penulis dapat menyelesaikan Tesis dengan judul “**Penerapan Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit: Integrative Review**” sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi Magister Ilmu Keperawatan (PSMIK) Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Proses penelitian ini tidak terlepas dari adanya dukungan dari berbagai pihak, teruma peran pembimbing. Sehingga penulis menyampaikan terima kasih kepada Ibu **Dr. Elly L Sjattar, M.Kes** selaku pembimbing I dan Ibu **Dr. Rosyidah Arafat, S.Kep.,Ns,M.Kep.,Sp.Kep.MB** selaku pembimbing II yang senantiasa selalu bersama-sama memandu, mengarahkan, meluangkan waktu serta mendukung demi kelancaran proses penelitian ini.

Penulis sangat mengharapkan dukungan, baik yang berupa kritik maupun saran dari berbagai pihak untuk perbaikan agar dapat direalisasikan menjadi sebuah karya ilmiah yang dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan dimasa yang akan datang.

Makassar, Februari 2021

Penulis

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN TESIS	ii
PERNYATAAN KEASLIAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
ABSTRAK	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. RUMUSAN MASALAH	4
C. TUJUAN PENELITIAN	5
1. Tujuan Umum	5
2. Tujuan Khusus	5
D. MANFAAT PENELITIAN	5
E. ORIGINALITAS PENELITIAN	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	8
A. ALGORITMA PENCARIAN	8
B. SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN	9
C. KERANGKA TEORI	23
D. INTEGRATIVE REVIEW	24
BAB III METODE PENELITIAN	27
A. DESAIN PENELITIAN	27
B. TAHAPAN PENELITIAN	27
1. Stage I : Merumuskan Tujuan dan Pertanyaan Penelitian	27
2. Stage II : Strategi Pencarian Literature	29
3. Stage III : Penilaian Kualitas Literature	31
4. Stage IV : Analisis dan Sintesis Data	31
5. Stage V : Diskusi dan Kesimpulan	31
6. Stage VI : Desiminasi	32
C. ETIKA PENELITIAN	32

D. WAKTU PENELITIAN	32
BAB IV HASIL PENELITIAN.....	34
A. HASIL	34
B. KARAKTERISTIK LITERATURE	36
C. PENILAIAN KUALITAS STUDI.....	36
D. TEMUAN UTAMA	38
1. Proses Pelaporan Insiden	38
2. Faktor yang mempengaruhi pelaporan insiden	48
3. Efisiensi Penggunaan Metode Pelaporan Insiden	60
BAB V PEMBAHASAN	64
A. DISKUSI	64
1. Proses Pelaporan Insiden	64
2. Faktor Yang Mempengaruhi Proses Pelaporan Insiden.....	66
B. KETERBATASAN	70
BAB VI PENUTUP.....	71
A. KESIMPULAN	71
B. SARAN.....	72
DAFTAR PUSTAKA	74
LAMPIRAN-LAMPIRAN.....	85
Lampiran Penilaian kualitas studi	85
Lampiran Manajemen Ekstraksi Data	88
Lampiran Analisis data.....	99
Tabel Analisis proses pelaporan	99
Tabel Analisis factor yang mempengaruhi pelaporan	112
Lampiran Protocol PRISMA	117

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi operasional.....	28
Tabel 3.2 Kata kunci pencarian.....	30
Tabel 4.1 Strategi pencarian.....	34
Tabel 4.2 Definisi istilah-istilah umum yang ditemukan.....	38
Tabel 4.3 Formulir pelaporan insiden elektronik-web based.....	39
Tabel 4.4 Informasi umum dari formulir pelaporan insiden <i>paper based</i> dengan kertas yang berbeda berdasarkan jenis insiden.....	44
Tabel 4.5 Efisiensi pelaporan insiden	55
Tabel 4.6 Perbandingan metode pelaporan	61
Tabel 4.7 Rangkuman hasil penelitian	63

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Kerangka teori dan konsep penelitian.....	23
Gambar 4.1. Flowchart pengumpulan data	35
Gambar 4.2. Alur dan prosedur pelaporan insiden <i>elektornic-web based</i>	42
Gambar 4.3. Alur Pelaporan Insiden Berdasarkan Pedoman dari KKPRS.....	47

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Penilaian Kualitas Studi	85
Lampiran Manajemen Ekstraksi Data.....	88
Lampiran Analisis Data	99
Lampiran Protocol Prisma ScR	117

ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan mengetahui proses pelaksanaan sistem pelaporan insiden, seperti metode pelaporan insiden, formulir pelaporan yang digunakan, dan faktor yang memengaruhi pelaporan insiden. Pencarian literatur dilakukan pada database Pubmed, Ebsco, Proquest, Science Direct, Garuda, dan pencarian Grey Literature di Google Scholar. Sebanyak 1984 artikel diidentifikasi yang diterbitkan dari tahun 2010 - 2020. Setelah melewati proses pengumpulan data didapatkan sebanyak 8 artikel yang memenuhi kriteria inklusi untuk dilakukan review. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat dua metode pelaporan insiden, yaitu pelaporan elektronik-web based dan paper Based dengan masing-masing menggunakan formulir terstruktur. Seiaian itu, didapatkan faktor yang menghambat dan yang mendukung proses pelaporan insidien. Metode pelaporan elektronik-web based cenderung lebih baik dibandingkan dengan paper based. Akan tetapi, keduanya memiliki trend yang positif. Diharapkan penyedia layanan kesehatan dapat mengefisienkan sumber daya masing- masing yang dimiliki, baik yang electronic-web based reporting maupun paper based reporting dan dengan mengatasi tiap-tiap hambatan yang dimiliki agar dapat meningkatkan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien.

Kata kunci : Sistem pelaporan insiden, Keselamatan pasien, rumah sakit

ABSTRACT

This study aims to determine how the process of implementing an incident reporting system, such as how the incident reporting method is, how the reporting forms are used, and what factors influence incident reporting. We did a literature search on the database: Pubmed, Ebsco, Proquest, Science Direct, Garuda, and Gray Literature Search on Google Scholar. We identified a total of 1984 articles published from 2010-2020. Furthermore, after going through the data collection process based on the research criteria, 8 articles met the inclusion criteria for review. reporting incidents, namely Electronic-Web Based and Paper Based reporting, each using a structured form. Also, there are inhibiting factors and factors that support the incidence reporting process. The Electronic-Web Based reporting method tends to be better than Paper Based, but both have positive trends. So it is hoped that health service providers can streamline their respective resources, both electronic-web-based reporting and paper-based reporting, and by overcoming each of the obstacles they have to improve the patient safety incident reporting The results show that there are two methods system.

Keywords: *Incident reporting system, Patient safety, Hospital.*

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Para pakar memperkirakan sebanyak 98.000 orang meninggal pada tahun tertentu karena kesalahan medis yang terjadi di Rumah Sakit (Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000). Sekitar 42,7 juta kejadian buruk dari 421 juta rawat inap yang diperkirakan terjadi di dunia setiap tahunnya (Jha et al., 2013). Sebanyak 134 juta kejadian buruk yang terjadi setiap tahun yang disebabkan perawatan yang tidak aman dan berkontribusi terhadap 2,6 juta kematian setiap tahun (Fontana, Flott, Dhingra-kumar, Durkin, & Darzi, 2019). 4 dari 10 pasien dirugikan dalam pengaturan primer dan rawat jalan hingga 80% kerusakan yang ditimbulkan merupakan sesuatu yang seharusnya dapat dihindari (WHO, 2019).

Selama periode 3 tahun, Rumah Sakit di Amerika, terdapat 31.817 masalah keamanan, sebanyak 85,9% (27,315) diantaranya adalah insiden keamanan pada pasien (Marra, Algwizani, Alzunitan, Brennan, & Edmond, 2020). Di Inggris dan Wales terdapat 2.191 insiden keselamatan dan sebanyak 30% (n = 658) insiden berbahaya, termasuk 12 kematian dan 41 kasus kerusakan parah (Rees et al., 2017). Di Irlandia, Rumah Sakit memiliki prevalensi efek samping dalam penerimaan pasien sebanyak 12,2%, dengan 10,3 insiden dari 100/penerimaan pasien. Lebih dari 70% insiden yang terjadi merupakan insiden yang dapat dicegah, sebanyak 6,7 % berkontribusi terhadap kematian, 9.9% menyebabkan gangguan permanen, dan 2/3 dinilai berdampak ringan hingga sedang, selain itu insiden menambah hari perawatan dengan rata-rata 6,1 hari. (Rafter et al., 2017), Rumah Sakit di Brazil memiliki efek samping bedah sebanyak 21,8%, dari 60 kasus, 90% merupakan insiden yang dapat dicegah, serta lebih dari 2/3 mengakibatkan kerusakan ringan hingga sedang (Batista et al., 2019). Sedangkan insiden keselamatan pasien yang ada di Indonesia sebanyak 943 yang terdiri dari 33% KNC, 29% KTC, dan 38% KTD dengan 77.62% tidak cedera, 12.93% cedera ringan, 5.94%

cedera sedang, 0.75% cedera berat, dan 2.76% kematian (Kemkes RI, 2020). Hal ini menunjukkan bahwa kompleksitas pemberian layanan kesehatan di Rumah Sakit memiliki risiko tinggi bagi keselamatan pasien

Keselamatan pasien tentunya menjadi masalah pelayanan kesehatan yang sangat serius. WHO menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas tinggi kesehatan global dan akan melakukan kampanye global dalam menciptakan kesadaran terhadap keselamatan pasien, serta mendesak untuk memperlihatkan komitmen membuat layanan kesehatan yang lebih aman (WHO, 2019).

Sedangkan budaya keselamatan pasien masih sangat beragam (Pujilestari, Maidin, & Anggraeni, 2014; Wulandari, Yulia, & Triwijayanti, 2019). Ada yang baik (Akologo, Abuosi, & Anaba, 2019; Hao, Gao, Li, & Zhang, 2020; Khoshakhlagh, Khatooni, Akbarzadeh, Yazdanirad, & Sheidaei, 2019; Masahuddin, Rachmawaty, & Bahar, 2020; Widiyari, Handiyani, & Novieastari, 2019) Namun, tidak sedikit yang budaya keselamatan pasien yang rendah atau lemah (Arrieta, Suárez, & Hakim, 2018; El-Sherbiny, Ibrahim, & Abdel-Wahed, 2020; Galvão, Lopes, Oliva, De Almeida, & Silva, 2018; Gurková, Kalánková, Kurucová, & Žiaková, 2020; Arifuddin, 2019; Mulyati, Rachman, & Herdiana, 2016; Yasmi & Thabrany, 2015).

Penerapan keselamatan pasien yang buruk akan berimbas pada terjadinya insiden. Pelaporan insiden keselamatan pasien dapat mendorong setiap individu peduli akan bahaya atau yang berpotensi bahaya pada pasien, pencegahan kesalahan, serta menjadi awal proses pembelajaran dalam mencegah insiden yang berulang (KARS, 2018). Selain itu, pelaporan insiden dapat membantu mengidentifikasi masalah keselamatan pasien, menentukan jadwal atau rencana terkait peningkatan keselamatan pasien dan menjadi sarana untuk menilai kualitas pelayanan (Carlfjord, Ohrn, & Gunnarsson, 2018). Sehingga dengan melaporkan setiap insiden keselamatan pasien dinilai sebagai langkah awal untuk mengetahui kekurangan atau kelemahan agar dapat mengurangi resiko terjadinya insiden.

Meskipun pelaporan insiden menjadi fundamental dari peningkatan sistem keselamatan pasien. Namun, dalam pelaksanaannya frekuensi atau budaya

pelaporan insiden masih rendah atau kurang (Harsul, Irwan, & Sjattar, 2018; Harsul, Syahrul, & Majid, 2018; Julianto et al., 2014; Mandriani, Hardisman, & Yetti, 2019; Aaronson, Brown, Benzer, Natsui, & Mort, 2019; Engeda, 2016; Rashed & Hamdan, 2019). Menurut (Lancet, 2016) pelaporan yang memadai hanya 5%, hal tersebut terjadi akibat menghindari melaporkan kesalahan yang membuat individu bertanggungjawab dan dapat mengakibatkan litigasi. Selain itu, takut akan dampak yang merugikan serta proses pelaporan, kurangnya waktu, kurangnya umpan balik, kurangnya pengetahuan, jenis insiden tertentu, dan anonimitas, merupakan hambatan yang umum dalam pelaporan insiden (Archer et al., 2019; Alqubaisi, Tonna, Strath, & Stewart, 2016; Carlford et al., 2018; Lee et al., 2018; Szymusiak et al., 2019).

Belum memadainya pelaporan insiden keselamatan pasien disebabkan oleh kurang optimalnya penerapan sistem pelaporan insiden (Vrbnjak, Denieffe, O’Gorman, & Pajnikihar, 2016) atau proses laporan insiden yang buruk, keterlibatan yang kurang dari semua profesi kesehatan, kurangnya tindak lanjut dan kurangnya dukungan organisasi serta penggunaan teknologi informasi kesehatan yang berkembang tidak memadai (Mitchell, Schuster, Smith, Pronovost, & Wu, 2016). Oleh karena itu, dibutuhkan suatu kerangka kerja analisis dan alat pengumpulan data yang mudah digunakan untuk mengoptimalkan atau memaksimalkan pelaporan insiden.

Untuk menciptakan budaya pelaporan insiden yang optimal, tentunya membutuhkan sebuah proses atau metode pelaporan yang memudahkan. Berbagai Rumah sakit dari berbagai Negara yang telah menerapkan sistem pelaporan berbasis internet atau web (Hoffmann, Beyer, Rohe, Gensichen, & Gerlach, 2008; Nakajima, Kurata, & Takeda, 2005), Namun pada umumnya masih banyak rumah sakit yang menerapkan pelaporan berbasis kertas. Menurut (World Health Organization, 2005) terdapat beberapa metode pelaporan insiden yang dapat diterapkan tergantung dari sumber daya atau teknologi yang dimiliki, pelaporan tersebut meliputi pelaporan berbasis internet, email, serta pelaporan tertulis seperti surat, fax, maupun telepon merupakan metode pelaporan paling banyak digunakan. Hal tersebut

merupakan bagian dari upaya untuk menciptakan peningkatan perilaku pelaporan insiden keselamatan pasien yang terjadi di layanan kesehatan.

Selain itu, formulir pelaporan insiden dapat menentukan kesediaan melaporkan insiden. Terdapat dua jenis formulir yang umumnya digunakan yaitu formulir bentuk terstruktur dan formulir naratif (World Health Organization, 2005). Formulir digunakan untuk mengumpulkan data laporan, sehingga diperlukan bentuk yang mudah digunakan. Pada temuan (G. Archer & Colhoun, 2018) menunjukkan bahwa kurangnya pelaporan juga disebabkan oleh kurangnya kesediaan untuk mengisi formulir pelaporan yang disebabkan oleh kerumitan dan panjang formulir. Oleh sebab itu, diperlukan upaya untuk memperbaiki struktur formulir pelaporan insiden agar lebih mudah untuk digunakan.

Dari berbagai metode dan formulir pelaporan insiden yang tersedia, terdapat pertentangan mengenai apa yang lebih efisien dalam menerapkan proses pelaporan insiden. Hal ini terbukti bahwa metode pelaporan yang digunakan dari berbagai rumah sakit masih cukup beragam. Oleh karena itu, diperlukan sebuah penelitian berbasis review untuk mengidentifikasi jenis dan efisiensi dari berbagai metode dan bentuk formulir pelaporan insiden keselamatan pasien.

B. RUMUSAN MASALAH

To Err Is Human adalah istilah yang dikeluarkan oleh Institute of Medicine (IOM) sejak merilis laporan peningkatan angka kematian pasien akibat kesalahan medis yang dapat dicegah di Rumah Sakit. Hal tersebut tentunya menjadi perhatian dari berbagai pihak. Hingga saat ini telah ditetapkan bahwa keselamatan pasien menjadi prioritas tinggi dalam pelayanan kesehatan.

Upaya untuk meningkatkan keselamatan pasien adalah bagaimana belajar dari kesalahan, ini dilakukan agar kesalahan yang sama tidak berulang kembali. Langkah-langkah yang dapat dilakukan adalah dimulai dengan melaporkan insiden melalui sebuah sistem pelaporan insiden keselamatan pasien. Pelaporan dapat memberikan informasi tentang dimana letak sistem

yang rusak, hal ini tentu dapat membantu untuk mengidentifikasi bahaya dan risiko keselamatan agar dapat memungkinkan perbaikan diwaktu yang akan datang. Akan tetapi, perilaku pelaporan insiden keselamatan pasien belum sepenuhnya optimal, hal ini disebabkan oleh banyaknya hambatan dalam pelaporan insiden, diantaranya adalah proses pelaporan yang tidak memadai. Selain itu, terdapat berbagai metode yang dapat digunakan dalam melaporkan insiden yaitu diantaranya pelaporan berbasis web dan pelaporan berbasis kertas.

Oleh karena itu, peneliti merasa perlu untuk menyusun *review article* yang bertujuan untuk mengidentifikasi bagaimana proses dan metode yang digunakan atau diterapkan di Rumah Sakit dari berbagai Negara melalui penelitian-penelitian yang telah dilakukan sebelumnya untuk memberikan informasi tentang proses, metode dan formulir pelaporan yang dapat digunakan dan mudah diterapkan.

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui bagaimana proses pelaksanaan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit oleh tenaga kesehatan.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengetahui metode atau fitur yang digunakan dalam melaporkan insiden : internet (web, email, fax, phone, manual, dll
- b. Untuk mengetahui bentuk pelaporan [formulir : terstruktur / naratif]
- c. Untuk mengetahui faktor pendukung penerapan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien
- d. Untuk mengetahui faktor penghambat penerapan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien

D. MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Bagi Pemerintah dan Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi untuk menentukan strategi tindak lanjut dalam menentukan kebijakan terkait

sistem pelaporan insiden keselamatan pasien dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan demi mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat.

2. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini memberikan kontribusi mengenai ilmu pengetahuan pada keilmuan manajemen keperawatan terkhusus terkait bidang keselamatan pasien agar dapat menjadi sumber informasi atau kepustakaan dalam perkembangan ilmu pengetahuan

3. Manfaat Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini memberikan wawasan serta ilmu pengetahuan yang lebih mendalam mengenai keselamatan pasien di tatanan layanan kesehatan dan pentingnya mutu pelayanan kesehatan demi meningkatkan keselamatan pada pasien.

E. ORIGINALITAS PENELITIAN

Saat ini, studi tinjauan tentang sistem pelaporan insiden cukup meningkat. Diantaranya adalah studi yang mengidentifikasi keefektifan dari insiden reporting sistem (Stavropoulou, Doherty, & Tosey, 2015) Serta studi sistem pelaporan insiden yang berfokus pada unit di unit perawatan intensif orang dewasa (Brunsveld-Reinders, Arbous, De Vos, & De Jonge, 2016) unit perawatan intensif neonatal (Snijders, van Lingen, Molendijk, & Fetter, 2007) unit gawat darurat (Amaniyani, Faldaas, Logan, & Vaismoradi, 2020), studi tentang pelaporan mandiri oleh pasien (Kinnunen & Sarantob, 2013) dan studi yang mengevaluasi metode NLP untuk klasifikasi laporan insiden (Young, Luz, & Lone, 2019) serta definisi insiden serius dalam deskripsi pendekatan internasional (Hegarty et al., 2020). Studi tinjauan yang mengidentifikasi hambatan, fasilitator dan atau faktor-faktor yang berkontribusi pada pelaporan insiden (Alves, Carvalho, & Albuquerque, 2019; S. Archer et al., 2017a; Fung, Koh, & Chow, 2012; Health Quality Ontario, 2017), dan intervensi atau strategi untuk meningkatkan pelaporan (Aaron, Webb, & Luhanga, 2020; Gleeson, Dalton, O'Mahony, & Byrne, 2020). Serta studi tentang pengembangan pelaporan berbasis web (Gong, Kang, Wu, & Hua, 2017;

Klemp et al., 2015). Sedangkan, dari berbagai studi tinjauan tersebut, belum ditemukan studi tentang bagaimana proses sistem pelaporan dan seperti apa metode-metode pelaporan yang dapat digunakan untuk memudahkan pelapor dalam melaporkan setiap insiden yang terjadi. Oleh sebab itu, peneliti merasa perlu melakukan tinjauan studi tentang hal tersebut untuk memberikan informasi terbaru sebagai bentuk upaya peningkatan keselamatan pasien melalui sistem pelaporan insiden.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. ALGORITMA PENCARIAN

Untuk membangun konsep teori penelitian dilakukan dengan menyusun tinjauan pustaka dengan menggunakan rujukan yang bersumber dari draf konsep yang berasal dari otoritas yang berwenang seperti *World Health Organization* dan artikel publikasi ilmiah. Hal ini dilakukan untuk memperkuat dasar kerangka teori dan kerangka konsep penelitian ini.

Untuk mendapatkan konsep dasar teori diambil dari situs resmi *World Health Organization* dan untuk mendapatkan artikel publikasi ilmiah yang digunakan adalah artikel yang didapatkan dari database elektronik seperti *Pubmed* dan *Ebsco* dengan melakukan pencarian artikel secara sistematis.

Pencarian artikel tersebut dilakukan secara 2 tahap dengan menggunakan kata kunci yang berbeda. Tahap pertama dilakukan untuk memperkuat teori dasar dan tahap yang kedua untuk mendukung teori dasar. Kata kunci yang digunakan untuk tahap pertama adalah *patient safety*, *conceptual framework*, *theoretical framework* dan *incident reporting system*, sedangkan untuk tahap kedua adalah *Patient safety*, *barriers*, dan *incident reporting*.

Setelah melewati proses yang sistematis didapatkan sebanyak 16 sumber rujukan dengan rincian 13 artikel publikasi ilmiah dan 3 draf konsep dari WHO yang kemudian digunakan untuk penyusunan tinjauan pustaka penelitian.

B. SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan pasien merupakan suatu sistem untuk mengurangi seminimal mungkin risiko bahaya yang tidak perlu bagi pasien yang disebabkan oleh adanya kesalahan, pelanggaran, penyalahgunaan pasien, dan tindakan tidak aman yang terjadi dalam perawatan kesehatan (World Health Organization, 2009). Oleh karena itu, diperlukan suatu upaya mencegah peristiwa yang merugikan untuk meningkatkan keselamatan pasien.

Salah satu upaya yang dapat dilakukan adalah belajar dari peristiwa yang merugikan yang disebabkan oleh kesalahan agar kesalahan yang sama dapat dicegah atau tidak terulang kembali. Solusi yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ini adalah dengan melaporkan setiap peristiwa yang terjadi dengan menerapkan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien dengan baik diseluruh unit yang ada di layanan kesehatan. Pelaporan insiden dapat membantu mengidentifikasi bahaya dan risiko, dan memberikan informasi tentang dimana sistem yang kurang memadai. Sistem pelaporan insiden yang efektif dipercaya menjadi sebuah landasan praktik yang aman di setiap Rumah Sakit atau pelayanan kesehatan (World Health Organization, 2005).

1. Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Sistem merupakan gabungan komponen yang saling bergantung antara orang, proses, dan peralatan yang berinteraksi untuk mencapai tujuan bersama. Sedangkan, pelaporan insiden adalah sebuah laporan atau rangkaian kegiatan yang berisi informasi penting tentang insiden yang dapat menanggapi kesalahan, cedera, kesalahan tidak berbahaya, kerusakan peralatan, kegagalan proses atau bahaya lainnya. (World Health Organization, 2005),

Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan suatu sistem yang dapat mengidentifikasi berbagai masalah terkait terjadinya insiden, sistem pelaporan dapat menjadi pembelajaran agar insiden yang serupa tidak terulang kembali. Sistem pelaporan mengacu pada proses dan teknologi yang tercakup dalam standarisasi, pemformatan, komunikasi, umpan balik, analisis, pembelajaran, tanggapan, dan penyebaran pelajaran

yang dipetik dari peristiwa yang dilaporkan (World Health Organization, 2005).

Beberapa komponen dalam sistem pelaporan berdasarkan panduan pelaporan kejadian buruk dan sistem pembelajaran oleh (World Health Organization, 2005) yang masih menjadi rujukan penting oleh banyak institusi diseluruh dunia (Larizgoitia, Bouesseau, & Kelley, 2013). Komponen tersebut yaitu :

a. Jenis Sistem

Sistem pelaporan berfokus pada pembelajaran dan berkontribusi terhadap desain ulang sistem. Sistem pelaporan mungkin berusaha untuk menangani berbagai tujuan. Keseimbangan dalam satu sistem antara tujuan akuntabilitas publik dan pembelajaran untuk perbaikan. Tujuan utama dari sistem pelaporan akan menentukan beberapa fitur desain dan apakah laporan bersifat sukarela atau wajib serta apakah laporan tersebut disimpan dengan penuh kerahasiaan atau dilaporkan ke publik.

1) Pembelajaran

Pelaporan insiden keselamatan pasien dapat mengarah pada pembelajaran dan peningkatan keselamatan pasien. Hasil laporan dapat memperingatkan akan adanya bahaya serta dapat menghasilkan pengalaman atau wawasan terkait kegagalan sistem yang ada dan dapat menghasilkan rekomendasi perbaikan untuk memberikan praktik terbaik yang diikuti oleh semua orang.

Data insiden keselamatan pasien dari hasil laporan menjadi dasar untuk dilakukan analisis masalah. Setiap organisasi pelayanan kesehatan menyelidiki atau mencari penyebab insiden yang terjadi dengan investigasi, hasil investigasi yang baik akan menghasilkan pengetahuan tentang factor penyebab insiden terjadi dan merumuskan dan menyebarkan rekomendasi untuk perubahan sistem.

Sistem pembelajaran dibuat untuk meningkatkan keberlanjutan pemberian perawatan dengan mengidentifikasi tema, mengurangi

variasi, memfasilitasi berbagai praktik terbaik, dan menstimulus perbaikan diseluruh sistem.

2) Akuntabilitas

Beberapa sistem pelaporan yang ada dikembangkan untuk meminta pertanggungjawaban institusi pelayanan kesehatan agar memastikan praktik yang aman. Sistem akuntabilitas didasarkan bahwa pemerintah memiliki tanggung jawab untuk memastikan bahwa setiap institusi pelayanan kesehatan membuat tindakan pencegahan untuk memastikan pelayanan kesehatan yang aman.

a) Kerahasiaan dan akses publik ke data

Sistem pembelajaran paling berhasil apabila paporan yang bersifat rahasia dan pelapor tidak merasa bersiko. Sistem pelaporan yang aman dapat mengungkap berbagai factor kontributor. Partisipasi dalam pelaporan meningkat secara signifikan dengan melindungi kerahasiaan organisasi.

b) Pelaporan internal

Pelaporan merupakan cara untuk mendapatkan jenis informasi. Pelaporan internal dapat mengidentifikasi kesalahan dan bahaya, dan kemudian melalui penyelidikan untuk mengungkap kegagalan sistem dengan tujuan untuk mendesain ulang sistem agar dapat mengurangi kemungkinan cedera pada pasien.

Sistem pelaporan internal harus berjalan seiring dengan sistem pelaporan eksternal. Mengidentifikasi dan menganalisis kejadian yang memerlukan penerusan ke lembaga pelaporan eksternal. Sistem pelaporan eksternal paling efektif jika merupakan kelanjutan dari sistem pelaporan internal.

b. Proses Pelaporan

1) Apa yang dilaporkan

a) Jenis laporan

Sistem pelaporan biasanya mencoba untuk mengungkap kejadian buruk dan kejadian yang berpotensi menyebabkan

peristiwa buruk atau jenis insiden tertentu seperti kesalahan pengobatan atau cedera yang serius.

b) Jenis insiden

Insiden keselamatan pasien adalah peristiwa atau keadaan yang dapat mengakibatkan, atau memang mengakibatkan, kerugian yang tidak perlu bagi pasien (Larizgoitia et al., 2013). Jenis insiden adalah istilah deskriptif untuk kategori yang disepakati bersama yang terdiri dari insiden yang bersifat umum (World Health Organization, 2009). Jenis-jenis insiden yang telah disepakati yaitu *Reportable Circumstance*, *Near Miss*, *No Harm Incident*, dan *Adverse Event* (McElroy et al., 2016).

(1) *Reportable circumstance* yaitu situasi dimana terdapat potensi bahaya yang signifikan, tetapi tidak ada insiden yang terjadi.

(2) *Near miss* yaitu peristiwa yang dapat mengakibatkan insiden yang tidak diinginkan namun tidak sampai terjadi.

(3) *No harm incident* yaitu insiden yang terjadi pada pasien namun tidak menimbulkan kerugian

(4) *Adverse event* yaitu insiden yang merugikan pasien

2) Siapa yang melaporkan

Sistem pelaporan insiden harus menentukan siapa yang akan melaporkan kejadian. Pelaporan dilakukan oleh organisasi dan pemberi pelayanan kesehatan seperti dokter maupun perawat. Beberapa sistem pelaporan juga memungkinkan dilakukan oleh pasien, keluarga dan konsumen lainnya untuk melakukan pelaporan. Namun secara umum, sistem pelaporan dan pembelajaran meminta laporan dari tenaga kesehatan pemberi layanan dan atau organisasi.

Sistem pelaporan terfokus menargetkan area tertentu seperti kesalahan pengobatan atau kesalahan perawatan intensif meminta laporan dari spesialis seperti apoteker atau spesialis perawatan

intensif, sementara sistem berbasis luas melihat ke organisasi dan pemberi pelayanan kesehatan, akan tetapi biasa juga menerima laporan dari siapapun. Laporan dari pasien dan keluarga yang pernah mengalami kejadian atau insiden merupakan sumber laporan yang potensial. keterlibatan pasien dalam sistem keselamatan pasien memiliki peran penting (Vaismoradi, Jordan, & Kangasniemi, 2015). Pasien dapat melaporkan masalah yang tidak teridentifikasi yang dapat membantu organisasi pelayanan kesehatan memahami letak penyebab masalah. Laporan dari pasien memungkinkan lebih baik daripada penyedia pelayanan untuk mengidentifikasi masalah atau kegagalan di seluruh rangkaian perawatan.

3) Bagaimana cara melaporkan

a) Metode pelaporan

Metode pengiriman laporan insiden berbeda-beda. Pengiriman laporan dapat berdasarkan infrastruktur dan teknologi local setempat. Pelaporan dapat dilakukan dengan mengirim laporan tertulis, sistem berbasis Web yang memusatkan dan menggabungkan beberapa laporan kedalam database yang terstruktur. Selain itu laporan juga dapat melalui surat, faks, dan telpon yang merupakan paling banyak dilakukan.

Proses yang efisien dapat diatur untuk menerima laporan melalui email atau internet, bagi pengguna yang memiliki teknologi ini dapat dengan mudah dan cepat meskipun tentunya sistem ini cukup mahal.

b) Bentuk terstruktur atau teks naratif

Tingkat pelaporan terstruktur yang lebih tinggi meminta pelapor untuk memilih opsi dari bidang yang sudah ditentukan sebagai bagian dari proses pelaporan. Proses ini dapat memudahkan untuk memasukan data kedalam kumpulan data untuk dilakukan analisis. Di Australia terdapat formulir entri

data yang sangat canggih dan dapat disesuaikan yang memandu pengguna melalui serangkaian pertanyaan alami dan pilihan respon yang terstruktur dan konsisten.

Sebagian besar hal yang mendorong pembelajaran keselamatan pasien tidak memiliki elemen data yang didefinisikan secara jelas, sehingga sebagian besar pihak yang berwenang meyakini bahwa penting dalam setiap laporan dapat menyertakan narasi untuk menyampaikan makna. Laporan naratif memberikan kesempatan untuk mengambil konteks yang kausal dan alur cerita yang memungkinkan kondisi yang berkontribusi pada kesalahan untuk dipahami dan dieksplorasi. Namun teks naratif memerlukan sumber daya tambahan untuk interpretasi data dan analisis

c. Klasifikasi

Tujuan sistem pelaporan adalah untuk mengidentifikasi adanya peristiwa yang merugikan, menemukan tren dan memprioritaskan area untuk perbaikan, mengungkap faktor penyebab dan membuat strategi untuk mengurangi insiden. Data insiden akan dapat bernilai jika data hasil laporan dianalisis. Sedangkan klasifikasi adalah langkah pertama dalam analisis.

Klasifikasi dapat menjadi dasar dari sistem. Dengan melakukan klasifikasi dapat menentukan frekuensi serta memberikan umpan balik dari informasi yang diperlukan untuk memenuhi tujuan dari sistem pelaporan.

1. Sistem klasifikasi taksonomi

WHO memasukkan kedalam Program Maju pada tahun 2005 sebuah area tindakan yang berfokus pada pengembangan taksonomi peristiwa yang disepakati secara internasional. Beberapa faktor yang digunakan untuk mengklasifikasikan insiden meliputi: jenis kesalahan (dosis salah, diagnosis salah, dll.), Outcome pasien (tingkat bahaya, dari tidak ada sampai kematian), pengaturan, personel yang terlibat, kegagalan produk atau peralatan, proksimal

(jelas) penyebab (kesalahan identifikasi pasien), penyebab yang mendasari (kurangnya pengetahuan, informasi, keterampilan, dll.), faktor yang berkontribusi (faktor organisasi, faktor lingkungan, dll.), tahapan dalam proses perawatan (pemesanan, implementasi, respon hasil laboratorium), dan mekanisme kesalahan (berbasis pengetahuan, berbasis aturan, berbasis keterampilan). Taksonomi ini cenderung terbagi dalam tiga kategori utama yaitu klasifikasi berdasarkan kejadian, risiko, atau sebab akibat.

Taksonomi efek samping diklasifikasikan berdasarkan jenis kejadian, seperti berapa banyak kesalahan pengobatan yang disebabkan oleh "dosis yang salah" atau "pasien yang salah". Skema klasifikasi peristiwa bekerja paling baik saat menjelaskan domain medis khusus, seperti kesalahan pengobatan, peristiwa dialisis, atau ketidakcocokan transfusi.

d. Analisis

Pelaporan insiden dapat memberikan data yang cukup untuk memungkinkan analisis mengenali bahaya. Hasil investigasi dan analisis data dapat digunakan untuk merumuskan dan menyebarkan rekomendasi untuk perubahan sistem. Analisis dapat dilakukan pada sistem pelaporan eksternal maupun internal.

1) Mengidentifikasi bahaya

Sistem pelaporan insiden harus melakukan indentifikasi setiap peristiwa baru maupun peristiwa yang tak terduga. Baik sistem pelaporan eksternal maupun internal, Sebagai contoh, komplikasi terkait penggunaan obat, dapat dilakukan tinjauan langsung terhadap laporan yang masuk. Hal ini dilakukan untuk mengenali masalah dan penyebabnya.

Jenis analisis ini mensyaratkan laporan review ahli yang berpengetahuan, tetapi laporan tidak perlu didasarkan pada penyelidikan ekstensif oleh organisasi pelapor. Contoh yang baik dari model identifikasi bahaya adalah *Institute for Safe Medication Practice* (ISMP) Program Pelaporan Kesalahan Medis, di mana

sekelompok kecil apoteker meninjau semua laporan, mengidentifikasi bahaya baru, dan memprioritaskannya untuk tindakan. Kemudian Rekomendasi disebarluaskan kepada penyedia layanan kesehatan (kebanyakan rumah sakit) setiap dua minggu melalui buletin Peringatan Keamanan Obat. Peringatan dari ISMP juga menyebabkan perubahan nama dan label obat, serta penghapusan atau pembatasan penggunaan banyak obat.

2) Analisis tren

Analisis tren didapatkan dengan menghitung dan mengamati tingkat kejadian dari waktu ke waktu. Analisis tren juga dapat dideteksi dengan menggunakan metodologi statistic.

3) Analisis korelasi

Analisis korelasi dilakukan untuk menghubungkan antara dua variable. Sebagai contoh : apakah kesalahan dosis lebih sering terjadi pada pasien kemoterapi dibanding dengan pasien yang menjalani perawatan lainnya, atau apakah kesalahan pengobatan pasien yang salah lebih berkorelasi tinggi pada pasien lansia dibanding dengan pasien yang lebih muda.

3) Analisis risiko

Sistem pelaporan insiden dapat memberikan informasi yang berharga tentang risiko. Laporan dengan jumlah peristiwa yang banyak memungkinkan terjadinya insiden yang berulang. Analisis hasil dapat memperkirakan tingkat keparahan yang disebabkan oleh insiden tersebut.

4) Analisis kausal

Apabila banyak faktor diklasifikasikan dengan setiap peristiwa, hubungan atau korelasi dari factor-faktor tersebut dapat dipertimbangkan dan diuji. Apabila faktor penyebab seperti beban kerja, komunikasi, kerja tim, peralatan, lingkungan, kepegawaian dan lainnya dimasukkan, maka korelasi di antara banyak hubungan sebab akibat akan menghasilkan pengetahuan penting terhadap pemberian pelayanan kesehatan.

Sebagai contoh : Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) mengeluarkan Peringatan kejadian sentinel yang mencakup strategi untuk mengurangi risiko berdasarkan analisis kausal, seperti menemukan bahwa kesalahan pengobatan yang disebabkan oleh tulisan tangan yang tidak terbaca atau komunikasi yang buruk lebih umum terjadi jika menggunakan singkatan-singkatan. Sehingga, penggunaan singkatan dihilangkan.

5) Analisis sistem

Dibutuhkan sebuah investigasi dan wawancara dengan pihak yang terlibat dalam sistem pelaporan untuk mendapatkan informasi terkait factor yang berkontribusi dalam pelaksanaan sistem baik yang berhasil maupun yang gagal. Misalnya, jika analisis berulang kali menemukan cacat sistem yang mendasari serupa dalam laporan jenis kesalahan tertentu, maka tindakan perbaikan harus fokus pada koreksi kegagalan itu. Analisis sistem dilakukan untuk memahami kegagalan sistem untuk dilakukan perbaikan.

2. Model Informasi Minimal

Model informasi minimal adalah informasi minimal yang digunakan dalam pelaporan insiden. Model ini dapat memberikan solusi yang diperlukan untuk menggunakan model dalam berbagai konteks yang dapat menghasilkan sistem yang berjenjang. Model ini berisi kumpulan kategori data minimal yang harus diisi saat melaporkan insiden keselamatan pasien (Larizgoitia et al., 2013; World Health Organization, 2016).

Kategori data dalam model informasi minimal adalah sebagai berikut :

a. Informasi Pasien.

Informasi pasien merupakan data yang terkait pasien yang mengalami insiden. namun dalam memberikan informasi ini diharapkan mendeskripsikan secara anonym dan data tersebut tidak

membahayakan privasi pasien. Oleh karena itu, data yang ditampilkan adalah usia dan jenis kelamin.

- 1) Usia
- 2) Jenis Kelamin

b. Waktu

Waktu terjadi insiden yaitu tanggal dan waktu saat terjadi insiden keselamatan pasien.

c. Lokasi

Lokasi yang dimaksud disini adalah lingkungan tempat terjadinya insiden keselamatan pasien.

d. Agen Yang Terlibat

Agen yang terlibat yang dimaksud adalah produk, perangkat, orang, atau elemen apapun yang terlibat terjadinya insiden.

- 1) Penyebab : sesuatu yang berkontribusi pada insiden keselamatan pasien
- 2) Factor Kontribusi : agen manapun yang dianggap berperan terhadap asal mula atau perkembangan insiden atau sesuatu yang meningkatkan risiko insiden.
- 3) Faktor Mitigasi : sesuatu yang mencegah perkembangan insiden yang merugikan atau untuk mengurangi risiko insiden.

e. Jenis Insiden

Jenis insiden yang dimaksud adalah istilah deskriptif atau kategori yang terdiri dari insiden secara umum yang telah dikategorikan berdasarkan kesepakatan bersama atau yang berlaku secara international dan nasional.

f. Hasil Insiden

Hasil insiden yang dimaksud adalah semua dampak pada pasien atau rumah sakit yang disebabkan oleh insiden.

g. Hasil Tindakan

Hasil tindakan yang dimaksud adalah semua tindakan yang diberikan terkait terjadinya insiden. Hal ini dilakukan untuk mengidentifikasi tindakan langsung atau tidak langsung yang

berhubungan dengan pasien dan rumah sakit. Selain itu, informasi ini dibuat untuk memperbaiki situasi yang timbul terhadap outcome pasien maupun organisasi dengan alasan untuk mencegah insiden yang berulang.

h. Peran Pelapor

Peran pelapor yang dimaksud adalah peran yang diperankan oleh orang yang mengumpulkan atau melaporkan informasi insiden yang terjadi. Hal ini bertujuan untuk menganalisis sumber informasi yang beragam dan cara-cara yang berbeda dalam mendeskripsikan insiden yang terjadi.

3. Hambatan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Sistem pembelajaran dilakukan untuk mencegah insiden agar tidak berulang kembali. Hal ini diawali dengan melaporkan setiap insiden. Namun, terdapat beberapa hambatan dalam melaporkan insiden keselamatan pasien. Yaitu :

a. Budaya menghukum, takut, menambah beban kerja, merusak reputasi pelapor dan merusak hubungan antara tim professional kesehatan.

Takut adalah hambatan paling umum dalam pelaporan insiden (S. Archer et al., 2017b). Insiden yang dilaporkan dianggap sebagai suatu kritikan, menghukum individu dengan menyebutkan nama dan menggambarkan kesalahannya (Carlfjord et al., 2018). Pelaporan menambah beban kerja(S. Archer et al., 2017b), stress, khawatir, malu, merasa putus ada, takut akan dampak buruk atas laporannya dan merasa bersalah karena laporan mereka terkait kejadian sentinel, dan mempengaruhi penilaian kinerja, stigmatisasi dan respon negative (Lee et al., 2018; Archer et al., 2019; Szymusiak et al., 2019). Selain itu dampak pelaporan dapat mempengaruhi hubungan kerja antar tim professional kesehatan (Alqubaisi et al., 2016; Archer et al., 2019; Szymusiak et al., 2019; Archer et al., 2017)

b. Waktu

Dibutuhkan waktu untuk menyelesaikan proses pelaporan (S. Archer et al., 2017b), pelaporan insiden perlu diprioritaskan dalam

beban kerja sehingga dapat memberikan laporan yang sesuai, pelapor memiliki komitmen untuk menghasilkan laporan yang akurat akan tetapi terbatas dengan waktu dan sumber daya (S. Archer et al., 2019). Pelapor merasa tidak memiliki banyak waktu, sibuk dan banyak prioritas pekerjaan yang lain, melaporkan insiden menyebabkan sedikitnya waktu perawatan kepada pasien berkurang (Alqubaisi et al., 2016; Szymusiak et al., 2019; Lee et al., 2018; Carlford et al., 2018).

c. Faktor organisasi

Kurangnya umpan balik dan pembelajaran (S. Archer et al., 2017b; Polisena, Gagliardi, & Clifford, 2015). Kurangnya kejelasan mengenai bagaimana manfaat, proses, tanggapan dan konsekuensi setelah pelaporan, Tidak adanya umpan balik setelah melakukan pelaporan insiden (Alqubaisi et al., 2016; Lee et al., 2018) selain itu kurangnya pelaksanaan akan perubahan. Pelapor lebih memungkinkan untuk melaporkan insiden secara aktif ketika mereka melihat suatu perubahan positif dari hasil tersebut (Szymusiak et al., 2019).

d. Jenis insiden tertentu

Jenis insiden yang serius lebih cenderung dilaporkan dibanding insiden yang lain. Insiden yang tidak mengalami kerusakan atau kerusakan minimal cenderung tidak dilaporkan (Polisena et al., 2015; Alqubaisi et al., 2016; Archer et al., 2017; Lee et al., 2018; Szymusiak et al., 2019; Archer et al., 2019). Selain itu insiden yang dilaporkan adalah insiden yang bukan semata-mata kesalahan petugas (human error) tetapi cenderung pada insiden atas kesalahan dari sistem (Alqubaisi et al., 2016).

e. Kurangnya pengetahuan

Pendidikan, pelatihan, pengetahuan dan pengalaman menjadi factor penghambat pelaporan insiden (Polisena et al., 2015). Kurangnya pengetahuan akan sistem pelaporan insiden dan pelapor tidak mengetahui jenis insiden yang dilaporkan, bagaimana prosedur dan formulir pelaporan (Alqubaisi et al., 2016; Alqubaisi et al., 2016; Archer et al., 2017; Szymusiak et al., 2019).

f. Tidak dianggap sebagai kewajiban

Kurangnya kesadaran akan manfaat dari pelaporan insiden mempengaruhi kepatuhan dalam pelaporan (Polisena et al., 2015). Melaporkan insiden keselamatan pasien tidak dianggap sebagai kewajiban dan tidak dianggap sebagai tanggung jawab pribadi. Dokter melaporkan insiden lebih jarang dibanding tenaga kesehatan yang lain. Mereka beranggapan bahwa pelaporan insiden tidak wajib dilakukan dan menganggap bahwa itu adalah tugas perawat. (Alqubaisi et al., 2016; Carljford et al., 2018; Lee et al., 2018; Archer et al., 2017)

g. Siapa yang akan melapor.

Tidak ada keputusan yang jelas mengenai siapa yang akan melakukan pelaporan ketika dalam kondisi terjadi insiden keselamatan pasien yang melibatkan lintas professional kesehatan. dokter ataupun perawat merasa bahwa perawat lebih cenderung yang melakukan pelaporan, terutama perawat dengan masa kerja lebih sedikit (Szymusiak et al., 2019; Lee et al., 2018). Selain itu adanya stigma bahwa dokter memiliki hirarki yang tinggi dibanding tenaga kesehatan yang lain (Alqubaisi et al., 2016).

h. Kurangnya anonimitas

Kurangnya anonimitas dan kerahasiaan menjadi salah satu hambatan dalam melaporkan insiden (S. Archer et al., 2017b). Adanya pengalaman yang negative oleh pelapor terkait kurangnya anonimitas pelaporan insiden (Lee et al., 2018; Szymusiak et al., 2019).

i. Sistem pelaporan

Format pelaporan dan jenis pelaporan berbasis kertas (S. Archer et al., 2017b). Beberapa berpendapat bahwa adanya Ambiguitas dari formulir pelaporan yang berbasis kertas dan kurangnya sistem yang berbasis elektronik (Alqubaisi et al., 2016). Selain itu adanya perbedaan budaya antar fasilitas pelayanan kesehatan, budaya seperti adanya dorongan dan diingatkan secara terus menerus untuk

melaporkan setiap insiden namun hal tersebut tidak berlaku di rumah sakit lainnya (Szymusiak et al., 2019)

4. Fasilitator Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien.

a. Mengembangkan dan Meningkatkan Sistem Pelaporan

Sistem pelaporan merupakan bagian masalah dalam pelaporan insiden (Alqubaisi et al., 2016). Diperlukan pengembangan sistem pelaporan insiden. salah satu pengembangan ialah pelaporan berbasis online (Chang & Hsu, 2012) dan sistem elektronik yang dinilai sangat berharga atau menjadikan sistem yang ada menjadi lebih mudah digunakan dan mengifisienkan penggunaan waktu (Carlfjord et al., 2018). Pengembangan sistem harus dilakukan dengan mengoptimalkan alat, aksesibilitas tinggi dan menyederhanakan penggunaan agar memudahkan untuk melapor (Carr, Mukherjee, Montgomery, Durbridge, & Tarrant, 2016a).

b. Memberikan Umpan balik

Memberikan umpan balik setiap laporan dapat memberikan motivasi lebih dari para pelapor serta dapat mengurangi rasa takut untuk melaporkan. (Carr et al., 2016; Carlfjord et al., 2018).

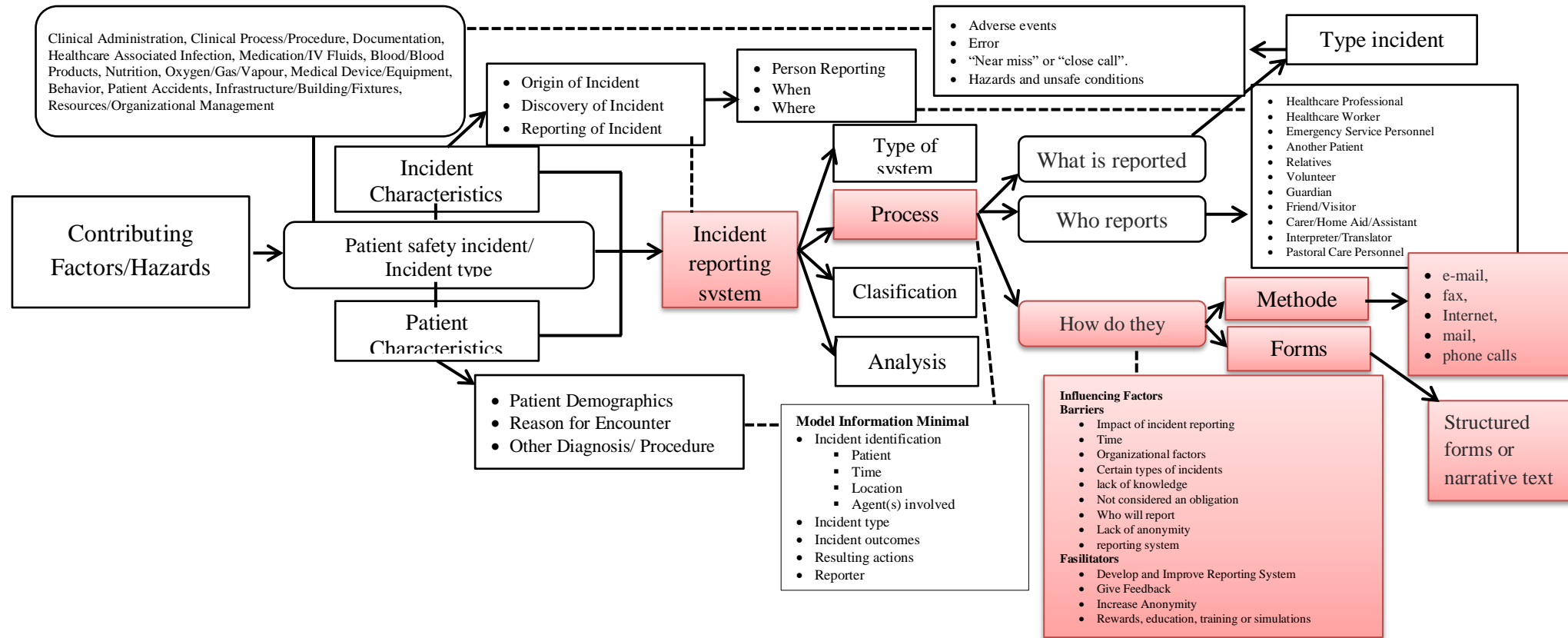
c. Meningkatkan Anonimitas dalam pelaporan

Pelapor insiden menyukai pelaporan insiden secara anonym. Hal ini dikarenakan bahwa adanya kekhawatiran dan risiko dari setiap laporan yang dapat memberikan dampak negative (Carr et al., 2016; Szymusiak et al., 2019).

d. Memberikan penghargaan, pendidikan, pelatihan atau simulasi pelaporan insiden.

Pemberian penghargaan, pendidikan dan pelatihan pelaporan insiden diperlukan untuk meningkatkan minat dan pengetahuan dalam melakukan pelaporan kesalahan (Alqubaisi et al., 2016). Selain itu, simulasi dalam pelaporan insiden berperan dalam sistem pelaporan (Dieckmann, Rall, & Østergaard, 2009)

C. KERANGKA TEORI



(World Health Organization, 2005, 2009, 2016; Alqubaisi et al., 2016; Archer et al., 2019; Carlford et al., 2018; Carr, et al, 2016; Lee et al., 2018; Szymusiak et al., 2019; Dieckmann, Rall, & Østergaard, 2009; Chang & Hsu, 2012; Polisena et al., 2015; Archer et al., 2017)

Gambar 2.1 Kerangka Teori dan Kerangka Konsep Penelitian

D. INTEGRATIVE REVIEW

1. Definisi Integrative Review

Metode tinjauan integrative dapat meringkas literatur empiris dan teoritis masa lalu tentang topik yang menarik dan dapat menggabungkan beragam metodologi untuk mendapatkan konteks, proses dan elemen subjektif dari topik. Tinjauan integrative mencakup berbagai sumber data yang meningkatkan pengetahuan menyeluruh tentang topic yang diminati. Pemahaman yang komprehensif terkait masalah yang relevan dengan perawatan dan kebijakan berpotensi didapatkan dengan tinjauan integrative yang sistematis dan ketat. Tinjauan integrative dapat memainkan peran yang lebih besar dalam inisiatif *evidence-based practice*. Tinjauan integrative yang dikembangkan dengan ketat memungkinkan berbagai perspektif tentang fenomena disintesis menjadi basis pengetahuan yang sistematis, sehingga membentuk dasar untuk praktik keperawatan (Whittemore & Knafl, 2005).

Tinjauan integrative dapat menentukan pengetahuan terkini terkait topik tertentu. *Integrative review* dilakukan untuk mengidentifikasi, menganalisis dan mensintesis hasil studi independen pada subjek yang sama. Selain itu menggunakan tinjauan integrative berdampak pada pengembangan kebijakan dan protokol serta prosedur (Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

2. Tahapan Penyusunan Integrative Review

Terdapat Enam tahap proses mempersiapkan tinjauan integrative disajikan secara singkat (Souza et al., 2010) yaitu sebagai berikut :

a. Tahap 1: Menyiapkan Panduan Pertanyaan

Fase terpenting dalam tinjauan ini adalah mendefinisikan panduan pertanyaan. Menentukan studi yang akan dimasukkan, cara adopsi untuk identifikasi dan informasi yang dikumpulkan dalam setiap studi yang dipilih. Sehingga Definisi peserta, intervensi yang akan dievaluasi dan hasil yang akan diukur harus dipersiapkan secara jelas dan spesifik serta terkait dengan prinsip teoritis yang terdiri dari teori dan dasar pemikiran oleh peneliti (Souza et al., 2010).

b. Tahap 2: Mencari atau mengambil sampel literatur

Pencarian sampel dalam database harus luas dan beragam. Termasuk dalam database elektronik, pencarian manual, referensi yang dijelaskan dalam studi yang dipilih, kontak dengan peneliti dan studi yang tidak dipublikasikan (Souza et al., 2010), semua literatur yang relevan tentang masalah atau topik yang menarik dimasukkan dalam tinjauan. Selain itu, Pengambilan sampel Purposive dapat dikombinasikan dengan pencarian komprehensif jika sesuai dengan tujuan tinjauan. Namun, keputusan pengambilan sampel apa pun harus dibenarkan dan dibuat eksplisit. Oleh karena itu, Proses pencarian literatur dari tinjauan integrative harus didokumentasikan dengan jelas di bagian metode termasuk istilah pencarian, basis data yang digunakan, strategi pencarian tambahan, dan kriteria inklusi dan eksklusi untuk menentukan sumber utama yang relevan (Whittemore & Knafelz, 2005).

Kriteria sampel harus memastikan keterwakilan sampel. Kriteria sampel merupakan indikator penting dari keberhasilan hasil studi. Memasukkan semua studi yang ditemukan atau memilih secara acak adalah prosedur yang ideal. Akan tetapi jika hal tersebut tidak layak, kriteria inklusi dan eksklusi harus dijelaskan dan didiskusikan dengan baik dan jelas. Penentuan kriteria harus dilakukan sesuai dengan panduan pertanyaan, dengan mempertimbangkan subjek, intervensi dan hasil yang diinginkan. Secara umum dalam tahap ini, menentukan kata kunci dan kriteria inklusi serta Literatur elektronik (Souza et al., 2010).

c. Tahap 3: Pengumpulan Data

Dalam mengumpulkan data memerlukan instrument pengumpulan data yang mampu memastikan semua data yang relevan, meminimalkan risiko kesalahan transkripsi, menjamin ketepatan saat memeriksa informasi dan berfungsi sebagai catatan. Data terdiri dari definisi subjek, metodologi, ukuran sampel, variable pengukuran, metode analisis.

d. Tahap 4: Analisis Kritis Studi

Tahap ini menuntut pendekatan terorganisir untuk menimbang ketelitian dan karakteristik setiap studi. Pengalaman klinis dari peneliti dapat berkontribusi untuk memeriksa validitas metode dan hasil serta membantu menentukan manfaat dalam praktik. Salah satu item yang akan dianalisis dalam fase ini berdasarkan desain penelitian, hirarki bukti diusulkan untuk membantu memilih bukti terbaik. Berikut level bukti terbaik.

- 1) Level 1: bukti yang dihasilkan dari meta-analisis dari beberapa uji klinis terkontrol acak;
- 2) Level 2: bukti dari studi individu dengan desain eksperimental;
- 3) Level 3: bukti dari studi kuasi-eksperimental;
- 4) Level 4: bukti studi deskriptif (non-eksperimental) atau dengan pendekatan kualitatif;
- 5) Level 5: bukti dari laporan kasus atau dari pengalaman;
- 6) Level 6: bukti berdasarkan pendapat spesialis.

e. Tahap 5: Diskusi Hasil

Diskusi hasil berdasarkan interpretasi dan sistesis hasil dibandingkan dengan referensi teoritis. Selain mengidentifikasi kesenjangan, dimungkinkan untuk menentukan prioritas untuk studi masa depan. Para peneliti menekankan kesimpulan dan menjelaskan bias untuk melindungi validitas tinjauan integrative.

f. Tahap 6: Presentasi Tinjauan Integrative

Untuk memungkinkan pembaca menilai hasil secara kritis presentasi tinjauan harus jelas dan lengkap. Pada tahap ini harus berisi informasi yang relevan dan terperinci berdasarkan metodologi kontekstual tanpa menghilangkan bukti terkait (Souza et al., 2010). Presentasi tinjauan integrative dapat dilaporkan dalam bentuk diagram atau tabel (Whittemore & Knaf, 2005)

BAB III

METODE PENELITIAN

Pada BAB ini akan membahas tentang desain yang digunakan serta tahap-tahap dalam penelitian ini.

A. DESAIN PENELITIAN

Pendekatan metodologi penelitian yang digunakan adalah *Integrative Review*. *Integrative Review* adalah pendekatan metodologis paling komprehensif dari studi tinjauan, dan memungkinkan termasuk studi eksperimental dan non-eksperimental untuk sepenuhnya memahami fenomena yang dianalisis (Souza et al., 2010). Tinjauan integrative dapat mensintesis literatur empiris (studi kuantitatif dan kualitatif), metodologis (review dan analisis desain dan metodologi penelitian yang berbeda), atau teoritis (review teori tentang topik tertentu) yang menarik perhatian pada kebutuhan penelitian masa depan (Toronto & Remington, 2020).

Untuk menunjukkan transparansi dalam pelaporan dan untuk membantu proses penyusunan dapat menggunakan pedoman pelaporan. Pedoman atau protocol pelaporan yang digunakan dalam penelitian ini adalah PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018). Panduan PRISMA-ScR lebih dekat dengan metode *Integrative Review* (Toronto & Remington, 2020). Sedangkan Untuk membantu proses pengumpulan data secara sistematis, penulis menggunakan tahapan *Flowchart PRISMA* yaitu *Identification, Screening, Eligibility*, dan *Included* dalam proses pemilihan studi (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & The Prisma Group, 2009).

B. TAHAPAN PENELITIAN

1. Stage I : Merumuskan Tujuan dan Pertanyaan Penelitian

a. Pertanyaan dan Tujuan Penelitian

1) Pertanyaan penelitian

 Seperti apa pelaksanaan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit oleh tenaga kesehatan ?

2) Tujuan Penelitian

- a) Tujuan Umum : Untuk mengetahui bagaimana proses pelaksanaan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit oleh tenaga kesehatan.
- b) Tujuan Khusus :
 - (1) Untuk mengetahui metode atau fitur yang digunakan dalam melaporkan insiden : internet (web, email,), fax, phone, manual, dll
 - (2) Untuk mengetahui bentuk pelaporan [formulir : terstruktur / naratif]
 - (3) Untuk mengetahui faktor pendukung penerapan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien
 - (4) Untuk mengetahui faktor penghambat penerapan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien

b. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi Operasional

Variable		Definisi operasional
P (Participant)	<i>Healthcare Professional</i>	Partisipan dalam penelitian ini adalah artikel penelitian yang melibatkan perawat dan atau dokter dalam pelaporan insiden.
C (Content)	<i>Incident Reporting System</i>	Metode yang digunakan dalam melaporkan insiden, seperti : Pelaporan berbasis internet atau kertas manual dan atau lainnya. Selain itu, bentuk pelaporan menggunakan formulir terstruktur atau dalam bentuk narasi dan atau keduanya. <ul style="list-style-type: none"> - Berbasis internet adalah pelaporan insiden yang menggunakan website dan atau aplikasi - Berbasis kertas manual adalah pelaporan insiden yang menggunakan kertas - Formulir terstruktur adalah formulir pelaporan insiden diisi secara terstruktur atau sistem ceklis - Formulir narasi adalah formulir pelaporan insiden yang dituliskan secara narasi.
C (Context)	<i>Hospital</i>	Definisi operasional <i>Hospital</i> sebagai context adalah artikel yang tempat penelitiannya adalah Rumah Sakit yang

dalam artikel penelitian mengidentifikasi keseluruhan atau sebagian besar unit/ruangan pelayanan kesehatan atau tidak berfokus hanya pada salah satu unit/ruangan.

2. Stage II : Strategi Pencarian Literature

a. Kriteria Penelitian

1) Kriteria inklusi

- a) Penelitian yang mengidentifikasi sistem pelaporan insiden di Rumah Sakit
- b) Pelaporan insiden yang melibatkan perawat dan atau dokter
- c) Penelitian yang hanya dilakukan di Rumah Sakit
- d) Artikel berbahasa Inggris dan indonesia
- e) Artikel publikasi 10 tahun terakhir
- f) Artikel penelitian original
- g) Artikel tersedia *Full Teks*

2) Kriteria eksklusi

- a) Penelitian yang hanya mengidentifikasi satu unit tertentu
- b) Penelitian yang hanya mengidentifikasi insiden tertentu
- c) Sampel penelitian adalah dalam masa pendidikan
- d) Sampel penelitian perawat atau dokter magang
- e) Pelaporan insiden eksternal (skala nasional)

b. Strategi Pencarian

Database yang digunakan dalam pencarian literature adalah : *Pubmed, Proquest, Ebsco, Science direct* dan *Garuda*. Kata kunci yang digunakan yaitu *healthcare professional, incident reporting system, dan hospital*. Namun, Istilah-istilah atau kosa kata disetiap database kemungkinan berbeda, sehingga istilah yang digunakan dapat menyesuaikan dari setiap database yang dipilih. Selain itu, untuk meperluas hasil pencarian digunakan istilah-istilah yang serupa dengan menggunakan teknik Boolean (AND, OR, & NOT)

Tabel 3.2 : Kata Kunci Pencarian

Database	Keywords
Pubmed	healthcare professional OR doctors OR nurse AND incident reporting system OR event reporting system AND hospital
Proquest	(Healthcare Professionalism) OR (doctor OR physician) OR nurse AND (incident reporting system) OR (adverse event reporting system) AND hospital
Ebsco	healthcare professionals or healthcare workers or healthcare providers or physician or nurse or doctor AND incident reporting system or incident reporting OR event reporting system AND hospital
Sciense Direct	Healthcare Professionals OR doctors OR nurses AND incident reporting systems OR event reporting system AND hospital
Garuda	Pelaporan insiden
Grey Literature	- web-based OR paper incident reporting - sistem pelaporan insiden di rumah sakit

c. Pengumpulan Data

1) Pemilihan Studi

Proses pengumpulan data menggunakan *Flowchart PRISMA* yaitu *Identification, Screening, Eligibility, dan Included* (Moher et al., 2009), dimulai dari *Identification* yaitu melakukan pencarian kedalam database yang telah dipilih dengan kata kunci yang sudah ditentukan untuk mengidentifikasi judul dan abstrak yang sesuai dengan pertanyaan penelitian, kemudian hasil temuan pencarian digabungkan dari setiap database tersebut. Semua hasil pencarian akan diunggah ke *software citation & reference manager Mendeley* untuk menghapus artikel yang duplikat. Tahap selanjutnya adalah *Screening* yaitu mengeksklusi semua studi yang duplikasi dan yang tidak sesuai dengan kriteria inklusi. Sedangkan tahap *Eligibility* adalah menentukan kelayakan studi dengan menginklusi studi yang sesuai dengan tujuan penelitian, kemudian

tahap terakhir adalah *Included* yaitu jumlah studi yang akan di dinilai atau dianalisis dalam penelitian ini.

2) Ekstraksi Data

Ekstraksi data dilakukan untuk menggabungkan informasi dari hasil temuan dalam studi. Data yang diekstraksi adalah penulis, tahun, negara, judul penelitian, tujuan penelitian, metode penelitian, sampel, dan hasil penelitian dan kesimpulan.

3. Stage III : Penilaian Kualitas Literature

Menilai kualitas metodologi penelitian serta menentukan sejauh mana suatu penelitian membahas kemungkinan bias dalam desain, pelaksanaannya dan analisisnya sangat diperlukan dalam penulisan review artikel. Hal tersebut dilakukan untuk menentukan kualitas artikel yang dapat dilakukan dengan penilaian atau kritik penelitian. Kritik penelitian merupakan penilaian yang cermat dan objectif terkait bagaimana kekuatan dan keterbatasan study tersebut (Polit & Beck, 2010).

Alat penilaian yang akan digunakan untuk membantu kepercayaan, relevansi, dan hasil dari study tersebut adalah alat penilaian kritis dari *Joanna Briggs Institute*. (JBI, 2017) Terdapat beberapa alat penilai kritis JBI yang berdasarkan desain penelitian yang digunakan dalam studi yang diinklusi.

4. Stage IV : Analisis dan Sintesis Data

Analisis data yang digunakan dalam study ini adalah *Content Analysis*. *Content Analysis* merupakan suatu cara untuk meningkatkan sejumlah kata dari teks ke dalam kategori konten yang lebih kecil (Polit & Beck, 2017). *Content Analysis* adalah bentuk analisis yang meringkas konten informasi dari data kualitatif atau kuantitatif (Toronto & Remington, 2020).

5. Stage V : Diskusi dan Kesimpulan

Pada tahap ini akan menafsirkan bagaimana hasil review. Tahap ini adalah tahap yang paling penting, pada tahap ini akan menjawab pertanyaan penelitian atau bagaimana interpretasi, implikasi, keterbatasan dan kesimpulan hasil review.

6. Stage VI : Desiminasi

Tahap ini langkah terakhir dari proses *integrative review*. Pada tahap ini, akan dilakukan penyebarluasan hasil review. Penyebarluasan menggunakan format seperti penelitian pada umumnya, seperti pendahuluan, metode, hasil dan diskusi. Selain itu, penyebarluasan ini dapat dilakukan melalui presentasi konferensi, publikasi maupun melalui media seperi berita dan media social

C. ETIKA PENELITIAN

Meskipun dalam *Integrative review* tidak mengumpulkan informasi yang sangat pribadi dan rahasia atau sensitif, Melainkan menggunakan artikel atau dokumen yang dapat diakses oleh public. akan tetapi, *Integrative Review* dapat berperan terhadap implikasi *evidence-based practice* (Toronto & Remington, 2020; Whitemore & Knafl, 2005) dan juga dapat mempengaruhi pengembangan protokol serta kebijakan (Souza et al., 2010). Sehingga sangat penting untuk membuat pertimbangan etik dalam menyusun penelitian ini. Oleh karena itu, penelitian ini akan menerapkan prinsip transparan dan objektif (Zawacki-Richter, Kerres, Bedenlier, Bond, & Buntins, 2020). Prinsip transparansi dalam penelitian ini adalah memberikan informasi proses penelitian serta informasi yang benar dan sesuai. Sedangkan prinsip objektivitas yang dimaksud adalah mencegah terjadinya ekstrapolasi data dalam interpretasi data.

Penelitian telah mendapatkan Rekomendasi persetujuan etik dari Komisi etik penelitian kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sulawesi Barat dengan Nomor; 001/UN55.4/KOM.ETIK/2021.

D. WAKTU PENELITIAN

Rencana studi tinjauan ini akan dilaksanakan pada bulan Agustus s.d Desember Tahun 2020.

No.	Kegiatan	Bulan							
		Mei 2020	Juni 2020	Juli 2020	Agust 2020	Sept 2020	Okto 2020	Nov 2020	Des 2020

1.	Penyusunan Proposal								
2.	Ujian Proposal								
3.	Penyusunan Studi								
4.	Pengolahan data								
5.	Ujian hasil								
6.	Submit jurnal								
7.	Oral presentase								
8.	Ujian tutup								