

**TESIS**

**EKSPLORASI BUDAYA PELAPORAN *PATIENT SAFETY* OLEH  
PERAWAT DI RUMAH SAKIT PRIMAYA MAKASSAR**



**S.SOMANIA**

**R012211021**

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

**2023**

**HALAMAN PENGAJUAN TESIS**

**EKSPLORASI BUDAYA PELAPORAN *PATIENT SAFETY* OLEH**

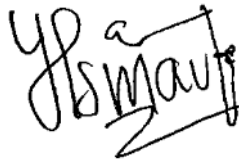
**PERAWAT DI RUMAH SAKIT PRIMAYA MAKASSAR**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan

Fakultas Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh



**S.SOMANIA**

**R012211021**

Kepada

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN**

**FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS HASANUDDIN**

**MAKASSAR**

**2023**

**TESIS**

**EKSPLORASI BUDAYA PELAPORAN *PATIENT SAFETY* OLEH  
PERAWAT DI RUMAH SAKIT PRIMAYA MAKASSAR**


Disusun dan diajukan oleh

**SISILIA SOMANIA**  
**Nomor Pokok: R012211021**

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis  
Pada Tanggal 20 September 2023  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

**Menyetujui**

**Komisi Penasihat,**



**Dr. Suni Hariati, S.Kep.,Ns.,M.Kep**  
**NIP. 19840924 2010 12 2 003**



**Syahrul, S.Kep.,Ns.,M.Kes.,Ph.D**  
**NIP. 19820419 2006 04 1 002**

Ketua Program Studi  
Magister Ilmu Keperawatan,



**Saldy Yusuf, S.Kep.,Ns.,MHS.,Ph.D.,ETN**  
**NIK. 197810262018073 001**

Dekan Fakultas Keperawatan  
Universitas Hasanuddin,



**Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si**  
**NIP. 196804212001122002**

## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : S.Somania  
NIM : R012211021  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Judul : Eksplorasi Budaya Pelaporan *Patient Safety* oleh Perawat di Rumah Sakit Primaya Makassar.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis saya ini, asli hasil pemikiran sendiri dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan 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 Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin 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, 20 September 2023

Yang menyatakan,

  
  
S.Somania

## KATA PENGANTAR

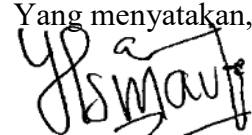
Puji dan syukur penulis ucapkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan Rahmat dan Karunia-Nya, sehingga dapat menyelesaikan hasil tesis ini dengan judul “Eksplorasi Budaya Pelaporan *Patient Safety* oleh Perawat di Rumah Sakit Primaya Makassar”.

Hasil tesis ini dapat diselesaikan berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, baik dari keluarga, dosen mata kuliah, maupun rekan-rekan mahasiswa. Secara khusus, kami mengucapkan terimakasih kepada Ibu Dr. Suni Hariati, S.Kep.,Ns.,M.Kep sebagai Pembimbing I dan Bapak Syahrul, S.Kep.,Ns.,M.Kes.,Ph.D sebagai Pembimbing II atas ketulusan memberikan kami bimbingan dan masukan dalam penyelesaian hasil tesis ini. Ucapan terimakasih kami kepada Dr Merry Monica, MARS, FISQua sebagai Direktur beserta seluruh Civitas Hospitalia RS Primaya Makassar yang berkenan memberi kesempatan kepada kami melakukan penelitian, dan kepada suami juga anak tercinta yang tidak pernah lelah memberi suport kepada penulis.

Dalam penyusunan hasil tesis ini, kami menyadari bahwa terdapat beberapa kekurangan, baik dari hal penulisan hingga penyusunan tata bahasa yang belum sesuai dengan kaidah Kamus Besar Bahasa Indonesia. Olehnya itu, kami sebagai penyusun berharap dapat memperoleh masukan, baik saran maupun kritik yang bersifat membangun agar kami dapat melakukan perbaikan-perbaikan.

Makassar, 20 September 2023

Yang menyatakan,



S.Somania

## ABSTRAK

**S.Somania.** Eksplorasi Budaya Pelaporan *Patient Safety* oleh Perawat di Rumah Sakit Primaya Makassar (dibimbing oleh **Dr. Suni Hariati** dan **Syahrul**)

**Latar Belakang:** Budaya pelaporan merupakan satu dari tujuh langkah untuk mencapai *patient safety* dan telah diperkenalkan pada tingkat nasional. Meskipun demikian, sebagian besar pelaporan di rumah sakit masih bergantung pada laporan sukarela oleh staf termasuk perawat. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi budaya pelaporan *patient safety* oleh perawat di Rumah Sakit Primaya Makassar. **Metode:** Penelitian ini menggunakan metode kualitatif deskriptif melalui wawancara mendalam kepada perawat termasuk koordinator yang bertugas di unit rawat inap, rawat jalan, unit tindakan, dan intensive care mulai tanggal 28 Maret sampai dengan 10 Juni 2023. Partisipan dipilih secara sengaja (*purposive*) berdasarkan ruang lingkup penelitian. Analisis data dilakukan per partisipan melalui tiga tahap termasuk *data reduction*, *data display*, dan *conclusion drawing/verification*. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebanyak tiga belas partisipan menghadiri setidaknya satu kali wawancara. Partisipan memahami bahwa budaya pelaporan *patient safety* sangat penting untuk dijadikan sebagai pembelajaran sehingga kejadian yang sama tidak terulang kembali. Penelitian ini mengidentifikasi lima tema utama mengenai budaya pelaporan *patient safety* oleh perawat di rumah sakit, yaitu: (1) pemahaman yang baik tentang budaya pelaporan *patient safety*, (2) faktor pendukung budaya pelaporan *patient safety*, (3) faktor penghambat budaya pelaporan *patient safety*, (4) keyakinan diri dalam melaporkan insiden *patient safety*, dan (5) upaya peningkatan budaya pelaporan *patient safety*. **Kesimpulan:** Penelitian ini menyimpulkan bahwa telah teridentifikasi lima tema utama terkait dengan budaya pelaporan *patient safety* oleh perawat yang dapat dijadikan sebagai bahan kajian dan evaluasi bagi rumah sakit dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien dan mutu pelayanan di RS.

**Kata Kunci:** budaya pelaporan *patient safety*, perawat, rumah sakit

## ABSTRACT

**S.Somania.** *An Exploration of Patient Safety Reporting Culture by Nurses at Primaya Hospital Makassar (supervised by Dr. Suni Hariati and Syahrul)*

**Background:** *Reporting culture is one of the seven steps to achieve patient safety and has been introduced at the national level; however, most reporting in hospitals still relies on voluntary reports by staff including nurses. The aim of this study is to explore the reporting culture of patient safety by nurses at Primaya Hospital Makassar.*

**Method:** *This research used qualitative descriptive in which the data collection used in-depth interviews with nurses including coordinators in inpatient, outpatient, and intensive care units from 28 March to 10 June 2023. Participants were purposively selected based on the scope of the study. Data analysis was conducted per participant through three stages including data reduction, data display, and conclusion drawing/verification.*

**Results:** *The results show that a total of 13 participants attended at least one interview, where participants understand that the culture of patient safety reporting is very important to be used as learning, so the same incident does not happen anymore. There are five main themes identified regarding the culture of patient safety reporting by nurses in hospitals, namely (1) a good understanding of patient safety reporting culture, (2) factors supporting patient safety reporting culture, (3) factors inhibiting patient safety reporting culture, (4) confidence in reporting patient safety incidents, and (5) efforts to improve patient safety reporting culture.*

**Conclusion:** *In this study, five main themes are identified related to the culture of patient safety reporting by nurses that can be used as the material for study and evaluation of hospitals in effort to improve patient safety and quality of service in hospitals.*

**Keywords:** *patient safety, reporting culture, nurses, hospital*

## DAFTAR ISI

	Hal
<b>HALAMAN SAMBUTAN.....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PENGANTAR.....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>iii</b>
<b>PERNYATAAN KEASLIAN TESIS.....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRAK.....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>vii</b>
<b>DAFTAR ISI.....</b>	<b>viii</b>
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xi</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	<b>xii</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	8
C. Tujuan Penelitian.....	10
D. Pernyataan Originalitas.....	10
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Tentang <i>Patient Safety</i> .....	13
B. Tinjauan Tentang Budaya Pelaporan <i>Patient Safety</i> .....	23
C. Hasil-hasil Penelitian Tentang Budaya Pelaporan <i>Patient Safety</i> oleh Perawat.....	32



D. Kerangka Teori.....	33
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
A. Desain Penelitian.....	34
B. Waktu dan Tempat Penelitian.....	34
C. Partisipan.....	35
D. Instrumen, Prosedur dan Metode Pengumpulan Data.....	36
E. Analisa dan Keabsasahan Data.....	38
F. Etika Penelitian.....	40
G. Alur Penelitian.....	42
<b>BAB IV HASIL PENELITIAN</b>	
A. Karakteristik Partisipan.....	43
B. Hasil Analisi Tema.....	44
<b>BAB V PEMBAHASAN</b>	
A. Pembahasan Tema Hasil Penelitian.....	61
B. Implikasi Dalam Keperawatan.....	71
C. Keterbatasan.....	71
<b>BAB VI PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan.....	72
B. Saran.....	72
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

<b>Nomor</b>		<b>Hal</b>
1.1	Originalitas Penelitian.....	11
4.1	Karakteristik Partisipandi RS Primaya Makassar.....	43
4.2	Hasil Analisis Tema.....	45

## DAFTAR GAMBAR

Nomor	Hal
1. Kerangka Teori.....	33
2. Alur Penelitian.....	42
3. Hasil Analisis Tema Budaya Pelaporan <i>Patient Safety</i> oleh Perawat..	44

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 : Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan (*Informed Consent*)
- Lampiran 3 : Data Demografi Partisipan
- Lampiran 4 : Pedoman Wawancara
- Lampiran 5 : Lembar Catatan Lapangan (*Field Note*)
- Lampiran 6 : Rekomendasi Etik Dari Fakultas Keperawatan Program Studi  
Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar
- Lampiran 7 : Surat Persetujuan Atasan yang Berwenang
- Lampiran 8 : Rekomendasi Persetujuan Etik Dari Komite Etik Penelitian  
Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas  
Hasanuddin Makassar
- Lampiran 9 : Karakteristik Partisipan
- Lampiran 10 : Master Tabel Hasil Wawancara

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Rumah Sakit (RS) sebagai salah satu instansi kesehatan berkewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan RS (Permenkes RI, 2018). RS memiliki tatanan organisasi yang sangat kompleks dengan aktifitas padat karya, padat modal dan padat teknologi sehingga dibutuhkan pengelolaan secara efektif dan efisien untuk terus meningkatkan mutu pelayanan (Siagian, 2018). Peningkatan mutu pelayanan di RS merupakan proses kegiatan berkesinambungan (*never ending proses*) dan secara tegas tidak dapat dipisahkan dari keselamatan pasien (*patient safety*) (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2019). *Patient safety* merupakan salah satu indikator mutu pelayanan di RS.

*Patient safety* diartikan sebagai penghindaran dan pencegahan cedera pasien atau efek samping dari proses pemberian perawatan kesehatan (Jungbauer et al., 2018). RS menggunakan proses untuk mengidentifikasi dan mengelola insiden *patient safety* yang dapat membahayakan pasien, staf atau pengunjung (Joint Commission International, 2020). Insiden keselamatan pasien merupakan setiap kejadian tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi menyebabkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, meliputi: 1) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD); 2) *No-harm event* atau Kejadian Tidak Cedera (KTC); 3) *Nearmiss* atau Kejadian Nyaris Cedera

(KNC); dan 4) Kondisi berbahaya ("tidak aman") atau Kejadian Potensial Cedera (KPC) (Permenkes, 2017). *Patient safety* telah menjadi masalah global yang serius dan harus segera diatasi.

Menurut *World Health Organization* (WHO), salah satu dari 10 penyebab utama kematian dan kecacatan di dunia disebabkan karena perawatan yang tidak aman. Di negara-negara berpenghasilan tinggi, diperkirakan satu dari setiap 10 pasien terluka saat menerima perawatan di RS, dimana hampir 50% dari mereka dapat dicegah, sementara di negara berpenghasilan rendah dan menengah 134 juta pasien mengalami efek samping akibat perawatan yang tidak aman dan mengakibatkan 2,6 juta kematian setiap tahun (WHO, 2019). Di Indonesia, Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KNKPRS) tahun 2021, melaporkan sebanyak 4.719 insiden, terdiri dari 1.617 KNC, 1.470 KTC dan 1.632 KTD, sedangkan laporan berdasarkan akibat insiden sebanyak 4.575, terdiri dari 107 kematian, 36 cedera berat, 319 cedera sedang, 741 cedera ringan dan 3.515 tidak ada cedera. Insiden yang dilaporkan sebagian besar pada usia >30-65 tahun yaitu sebanyak 2.238 (Kemenkes RI, 2022). Berbagai dampak akibat insiden *patient safety* di RS, termasuk mempengaruhi mutu pelayanan, meningkatkan biaya, memicu terjadinya masalah antara petugas kesehatan dengan pasien, menimbulkan sengketa medis, tuntutan hukum dan menimbulkan opini negatif dari masyarakat pada RS itu sendiri (Cho & Choi, 2018). Oleh karena itu, sangat penting bagi penyedia layanan kesehatan untuk terus meningkatkan *patient safety*.

*Patient safety* sangat penting untuk memberikan layanan kesehatan esensial yang berkualitas yakni efektif, aman dan berpusat pada masyarakat (WHO, 2019). Salah satu tujuan penting dari penerapan sistem keselamatan pasien di RS adalah untuk mencegah dan mengurangi terjadinya insiden keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan (Permenkes, 2017). Pencapaian *patient safety* memerlukan pemahaman tentang nilai, keyakinan dan norma tentang apa yang penting dalam suatu organisasi dan sikap serta perilaku apa yang terkait dengan keselamatan pasien yang didukung, dihargai dan diharapkan (Mjadu & Jarvis, 2018). Untuk memastikan keberhasilan penerapan strategi keselamatan pasien, maka diperlukan kebijakan yang jelas, kapasitas kepemimpinan, data untuk mendorong peningkatan keselamatan, profesional perawatan kesehatan yang terampil dan keterlibatan pasien yang efektif dalam perawatan mereka (Bartman et al., 2019). Untuk mewujudkan *patient safety* di RS, maka peran semua staf sangat diperlukan.

Peningkatan *patient safety* adalah tanggung jawab bersama dari semua penyedia layanan kesehatan dalam sistem perawatan kesehatan, namun perawat memiliki peran utama dalam meningkatkan budaya *patient safety* karena perawat merupakan petugas paling banyak di RS yang bertugas 24 jam melayani pasien (Pratiwi & Fatmasari, 2017). Perawat berperan penting dalam meningkatkan *patient safety* dengan memberikan informasi kepada pasien dan keluarga tentang kemungkinan terjadinya risiko insiden; melaporkan jika terjadi insiden; meningkatkan komunikasi dengan pasien, keluarga pasien dan petugas kesehatan lainnya; berperan aktif dalam

melakukan pengkajian terhadap keamanan dan kualitas pelayanan; serta membantu pengukuran terhadap peningkatan keselamatan pasien (Siagian, 2018). Selain itu, kontribusi perawat yang paling penting untuk keselamatan pasien dalam pengaturan apapun adalah kemampuan untuk mengoordinasikan dan mengintegrasikan berbagai aspek kualitas dalam perawatan yang langsung diberikan oleh perawat (Amiri et al., 2018). Salah satu metode yang dapat digunakan untuk meningkatkan *patient safety* di RS adalah dengan mengembangkan sistem pelaporan.

Sistem pelaporan merupakan salah satu komponen dari tujuh langkah untuk mencapai *patient safety* guna memverifikasi, investigasi dan menganalisis penyebab insiden tanpa menyalahkan, menghukum atau memermalukan seseorang (Permenkes, 2017). Pelaporan insiden didasarkan pada asumsi bahwa pembelajaran yang bermanfaat dapat dihasilkan dari umpan balik staf tentang pelaporan insiden daripada hanya menunggu kecelakaan atau kejadian buruk terjadi (Mjadu & Jarvis, 2018). Kurangnya pelaporan menjadi salah satu hambatan terbesar bagi RS untuk menciptakan *patient safety* pada pasien (Tartaglia Reis et al., 2018). Pelaporan yang baik dapat meningkatkan mutu keselamatan pasien, apabila terdokumentasi dengan baik dan semua staf menerapkan budaya pelaporan setiap ada insiden (Elmonsri et al., 2017). Pelaporan insiden *patient safety* menjadi dasar untuk membangun sistem pelayanan pasien yang lebih aman dalam menerapkan budaya pelaporan *patient safety* di RS (Cho & Choi, 2018).



Budaya pelaporan merupakan elemen yang sangat penting dan harus menjadi bagian integral dari budaya organisasi sebagai awal dari proses pembelajaran untuk mendorong peningkatan keselamatan pasien dengan mencegah kejadian yang sama terulang kembali, memperbaiki sistem pelayanan dan meningkatkan kualitas perawatan (Harsul et al., 2018; Wanda et al., 2020). Budaya pelaporan bertujuan untuk memberikan informasi penting kepada sistem manajemen keselamatan terkait dengan keselamatan dari orang-orang yang berhubungan langsung dengan potensi bahaya dan untuk memastikan bahwa organisasi bersedia menerima perubahan ketika dibutuhkan (Kim et al., 2018). Pada pelayanan kesehatan, budaya pelaporan *patient safety* dianggap sebagai cara untuk memantau, mencegah dan mengurangi terjadinya *error* sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi selanjutnya (Lee et al., 2018).

Menurut *College of Medicine Patient Safety Universitas of Nebraska Medical Center*, terdapat beberapa cara yang dapat diterapkan dalam menciptakan budaya pelaporan yang baik, diantaranya adalah identifikasi sistem pelaporan, identifikasi data apa yang perlu dilaporkan serta dapat membuat bagan atau *flowchart* dalam pelaporan untuk memudahkan dan menyatukan persepsi petugas dalam melakukan pelaporan (Pratiwi & Fatmasari, 2017). Budaya pelaporan *patient safety* dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, diantaranya adalah adanya hukuman bagi individu yang mengalami kesalahan, persepsi staf, budaya keselamatan yang buruk, kurangnya pemahaman dan kesadaran diantara petugas tentang apa yang

perlu dilaporkan serta manfaat pelaporan untuk perbaikan sistem pelayanan, kurangnya analisis dan umpan balik yang sistematis sehingga menyebabkan rendahnya keterlibatan para petugas dalam melakukan pelaporan kejadian (Tartaglia Reis et al., 2018). Meskipun budaya pelaporan *patient safety* telah diperkenalkan di tingkat regional atau nasional, namun sebagian besar pelaporan di RS masih bergantung pada laporan sukarela oleh staf termasuk perawat (Lee et al., 2018).

Penelitian mengenai pelaporan *patient safety* telah dilakukan, diantaranya adalah penelitian yang dilakukan di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang, menunjukkan bahwa persepsi perawat merupakan faktor yang paling dominan mempengaruhi pelaporan insiden *patient safety* di RS (OR: 4,221;  $p=0,044$ ), dimana mayoritas perawat memiliki persepsi selektif pada kategori buruk, mereka mengatakan bahwa insiden *patient safety* yang dilakukan dibahas dalam forum terbuka; sedangkan persepsi perawat dalam hal reaksi menunjukkan bahwa hampir setengah jumlah perawat menyatakan tidak setuju jika menyalahkan staf junior bila terjadi insiden *patient safety* (Wanda et al., 2020). Hasil serupa juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan di RSUD Mitra Medika Bandar Klipa Medan, menunjukkan bahwa faktor yang paling berpengaruh terhadap rendahnya pelaporan insiden *patient safety* adalah persepsi perawat karena ketakutan akan dampak terhadap diri sendiri maupun rekan kerja dengan nilai koefisien sebesar 0,534 ( $p=0,004$ ) (Lestari et al., 2021). Hasil lainnya di tiga RS Kota Makassar, termasuk RS Primaya menunjukkan bahwa tingkat kematangan budaya keselamatan pasien

di tiga RS tersebut sebagian besar berada dalam kategori generatif, namun masih ada beberapa responden yang memilih kategori reaktif dan birokratis khususnya terkait dengan pelaporan *patient safety* (Pasinringi et al., 2021).

RS Primaya Makassar merupakan salah satu RS Swasta kelas B yang berada di kota Makassar Provinsi Sulawesi Selatan dengan status akreditasi paripura. Data awal yang diperoleh menunjukkan bahwa capaian pelaporan *patient safety* RS Primaya Makassar tahun 2021 belum optimal, dimana dari 14 unit perawatan hanya 5 unit yang 100% telah melakukan pelaporan tiap bulannya, sementara 9 unit lainnya sangat bervariasi yaitu: 80%, 40%, 30%, 10% (masing-masing 1 unit), 60% pada 2 unit, dan terdapat 4 unit yang tidak pernah melakukan pelaporan (0%) selama tahun 2021. Selain itu, dari hasil temuan *Leader Lead Trecer* RS Primaya Makassar, ditemukan beberapa KPC yang seharusnya dilaporkan oleh unit namun kejadian tersebut tidak dilaporkan, seperti di unit rawat inap ditemukan penempatan obat *high alert* bukan pada tempatnya, D10% disimpan di lemari *floor stock* yang seharusnya tidak ada, instrumen steril yang *expired date* di lemari penyimpanan, lampu *laryngoscop* tidak menyala, gigi palsu pasien pre operasi tidak dilepaskan dari rawat inap, pencukuran pasien pre operasi tidak dilakukan dan cat kuku tidak dilepas di rawat inap; di unit *Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy* (ESWL) ditemukan obat suppositoria ditempatkan disuhu ruangan (seharusnya lemari es); sedangkan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) O<sub>2</sub> transport tidak tersedia (RS Primaya Makassar, 2021).

Hasil wawancara awal pada perawat pelaksana yang bertugas di unit ESWL mengatakan bahwa “*saya belum pernah melakukan pelaporan karena belum memahami bagaimana cara melakukannya, meskipun pernah diajarkan tetapi saya sudah lupa*”. Hasil wawancara lainnya pada perawat yang bertugas di ruang rawat inap mengatakan bahwa “*iya saya tahu, pelaporan KNC dan KPC itu kan supaya bisa belajar, tapi saya belum pernah melaporkan karena alhamdulillah selama dinas tidak ada insiden yang saya temukan*”, sementara berdasarkan sosialisasi Kementerian Kesehatan RI tentang Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dikemukakan bahwa pelaporan insiden harus terus dilakukan setiap bulannya, baik ada temuan insiden maupun tidak ada (IKP nihil) (Kemenkes RI, 2021).

Pada penelitian-penelitian kuantitatif sebelumnya menunjukkan bahwa terdapat sejumlah faktor yang menjadi penyebab tidak optimalnya budaya pelaporan *patient safety*, diantaranya adalah kurangnya dukungan dari manajemen (Jungbauer et al., 2018); persepsi perawat karena takut disalahkan dan mendapatkan hukuman apabila melaporkan kejadian (Mjadu & Jarvis, 2018; Lestari et al., 2021); insiden *patient safety* yang dilakukan dibahas dalam forum terbuka (Wanda et al., 2020). Oleh karena itu, dilakukan penelitian kualitatif untuk mengeksplorasi lebih dalam terkait dengan budaya pelaporan *patient safety* oleh perawat di RS Primaya Makassar.

## **B. Rumusan Masalah**

*Patient safety* telah menjadi masalah global yang serius dan harus segera diatasi. Perawat memiliki peran penting dalam meningkatkan budaya

*patient safety* karena perawat merupakan petugas paling banyak di RS yang bertugas 24 jam melayani pasien. Salah satu metode yang dapat digunakan untuk mencapai *patient safety* adalah mengembangkan sistem pelaporan karena pelaporan yang valid dan akurat akan menentukan evaluasi program dan pelayanan kesehatan selanjutnya yang berbasis keselamatan serta dapat menjadi dasar perbaikan sistem pelayanan dan pencegahan terjadinya insiden keselamatan pasien berulang. Pelaporan yang baik dapat meningkatkan mutu keselamatan pasien, apabila terdokumentasi dengan baik dan semua staf menerapkan budaya pelaporan setiap ada insiden. Budaya pelaporan *patient safety* dalam pelayanan kesehatan dianggap sebagai cara untuk memantau, mencegah dan mengurangi terjadinya *error* sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi selanjutnya.

Data awal yang diperoleh dari RS Primaya Makassar menunjukkan bahwa capaian pelaporan *patient safety* tahun 2021 belum optimal, dimana dari 14 unit perawatan hanya 5 unit yang 100% telah melakukan pelaporan tiap bulannya dan terdapat 4 unit yang tidak pernah melakukan pelaporan (0%). Selain itu, dari hasil temuan *Leader Lead Treceer* RS Primaya Makassar, ditemukan beberapa KPC yang seharusnya dilaporkan oleh unit namun kejadian tersebut tidak dilaporkan. Pada penelitian-penelitian kuantitatif sebelumnya menunjukkan bahwa terdapat sejumlah faktor yang menjadi penyebab tidak optimalnya budaya pelaporan *patient safety*, termasuk kurangnya dukungan manajemen, takut disalahkan dan diberi hukuman. Oleh

karena itu dilakukan penelitian ini untuk mengeksplorasi budaya pelaporan *patient safety* oleh perawat di RS Primaya Makassar.

Berdasarkan rumusan masalah di atas, peneliti merumuskan pertanyaan penelitian yaitu “bagaimanakah budaya pelaporan *patient safety* di RS Primaya Makassar”?.

### **C. Tujuan Penelitian**

Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi budaya pelaporan *patient safety* oleh perawat di RS Primaya Makassar.

### **D. Pernyataan Originalitas**

Sejumlah penelitian mengenai pelaporan *patient safety* telah dilakukan, diantaranya adalah penelitian yang menunjukkan bahwa faktor paling dominan yang mempengaruhi pelaporan insiden *patient safety* di RS adalah persepsi perawat yang tidak setuju jika insiden dibahas dalam forum terbuka dan jika menyalahkan staf junior apabila terjadi insiden *patient safety* (Wanda et al., 2020); kurangnya dukungan dari manajemen (Jungbauer et al., 2018); persepsi perawat karena takut disalahkan atau mendapatkan hukuman jika melaporkan kejadian (Mjadu & Jarvis, 2018; Lestari et al., 2021). Meskipun demikian, penelitian-penelitian tersebut bersifat kuantitatif yang menilai penyebab rendahnya pelaporan *patient safety* oleh perawat menggunakan kuesioner, sedangkan pada penelitian ini akan mengeksplorasi lebih dalam terkait dengan budaya pelaporan *patient safety* oleh perawat di RS Primaya Makassar.

Tabel 1.1: Originalitas Penelitian

No	Penulis, Tahun & Judul	Metode	Kesimpulan	Persamaan dan Perbedaan
1.	(Jungbauer et al., 2018) “How Does Leadership Influence Incident Reporting Intention in Healthcare? A Dual Process Model of Leader–Member Exchange”	- Desain: Kuantitatif pendekatan cross-sectional - Sampel: 1.460 staf - Variabel: Penilaian budaya <i>patient safety</i> - Pengumpulan Data: kuesioner - Setting: RS klinis dan non-klinis	Staf memiliki persepsi yang kurang positif terhadap budaya <i>patient safety</i> dalam organisasi mereka, dimensi budaya <i>patient safety</i> perlu ditingkatkan terutama yang terkait dengan pengembangan sistem pelaporan insiden yang efektif, pengalokasian lebih banyak staf dan jam kerja yang memadai serta memastikan dukungan manajemen RS untuk meningkatkan <i>patient safety</i>	Persamaan: - Pengambilan sampel di RS Perbedaan: - Variabel penelitian adalah penilaian budaya <i>patient safety</i> , sedangkan pada penelitian ini berfokus pada persepsi perawat terhadap budaya pelaporan <i>patient safety</i> - Desain kuantitatif <i>cross-sectional</i> , sedangkan pada penelitian ini menggunakan desain kualitatif - Sampel yang digunakan adalah semua staf pelayanan di RS, sedangkan pada penelitian ini berfokus pada perawat - Pengumpulan data menggunakan kuesioner dan lembar observasi, sedangkan pada penelitian ini data dikumpulkan melalui wawancara terstruktur
2.	(Mjadu & Jarvis, 2018) “Patients’ Safety in Adult ICUs: Registered Nurses’ Attitudes to Critical Incident Reporting”	- Desain: Qualitative multi-site research - Sampel: 35 responden (petugas pelayanan) - Variabel: Persepsi staf kesehatan terhadap pelaporan dan pembelajaran organisasi untuk meningkatkan <i>patient safety</i> - Pengumpulan Data: Wawancara semi-terstruktur - Setting: Rumah Sakit	Profesional kesehatan menganggap pelaporan insiden sebagai proses utama untuk mendokumentasikan ancaman keselamatan pasien secara formal dan alat penting untuk pembelajaran organisasi.	Persamaan: - Desain penelitian kualitatif - Salah satu variabel yang diteliti adalah persepsi staf kesehatan terhadap pelaporan <i>patient safety</i> - Pengambilan sampel di RS Perbedaan: - Sampel yang digunakan adalah semua staf pelayanan di RS, sedangkan pada penelitian ini berfokus pada perawat - Pengumpulan data menggunakan wawancara semi terstruktur, sedangkan penelitian ini wawancara terstruktur

3. (Wanda et al., 2020) “Analisis Faktor yang Mempengaruhi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien pada Perawat”	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desain: Kuantitatif pendekatan <i>cross-sectional</i></li> <li>- Sampel: 143 responden (ketua tim dan perawat pelaksana)</li> <li>- Variabel: Faktor yang mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien</li> <li>- Instrumen: Kuesioner dan lembar observasi</li> <li>- Setting: Rumah Sakit</li> </ul>	Ada pengaruh persepsi perawat dan kepemimpinan terhadap pelaporan insiden keselamatan pasien	<p>Persamaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sampel yang digunakan adalah perawat</li> <li>- Pengambilan sampel di RS</li> </ul> <p>Perbedaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Variabel penelitian adalah faktor yang mempengaruhi pelaporan, sedangkan pada penelitian ini berfokus pada persepsi perawat terhadap budaya pelaporan <i>patient safety</i></li> <li>- Desain kuantitatif <i>cross-sectional</i>, sedangkan pada penelitian ini menggunakan desain kualitatif</li> <li>- Pengumpulan data menggunakan kuesioner dan lembar observasi, sedangkan pada penelitian ini data dikumpulkan melalui wawancara terstruktur</li> </ul>
4. (Lestari et al., 2021) “Analisis Faktor Penyebab Rendahnya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rawat Inap RSUD Mitra Medika Bandar Klippa Tahun 2021”	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desain: Kuantitatif pendekatan <i>cross-sectional</i></li> <li>- Sampel: 56 Perawat</li> <li>- Variabel: Penyebab rendahnya pelaporan insiden keselamatan pasien</li> <li>- Instrumen: Kuesioner</li> <li>- Setting: Rumah Sakit</li> </ul>	Faktor yang paling berpengaruh terhadap rendahnya pelaporan insiden keselamatan pasien adalah persepsi pelaporan dengan nilai koefisien tertinggi sebesar 0,534	<p>Persamaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sampel yang digunakan adalah perawat</li> <li>- Pengambilan sampel di RS</li> </ul> <p>Perbedaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Variabel penelitian adalah penyebab rendahnya pelaporan insiden keselamatan pasien, sedangkan pada penelitian ini berfokus pada persepsi perawat terhadap budaya pelaporan <i>patient safety</i></li> <li>- Desain kuantitatif <i>cross-sectional</i>, sedangkan pada penelitian ini menggunakan desain kualitatif</li> <li>- Pengumpulan data menggunakan kuesioner dan lembar observasi, sedangkan pada penelitian ini data dikumpulkan melalui wawancara terstruktur</li> </ul>



## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Tentang *Patient Safety*

##### 1. Definisi

*Patient safety* adalah suatu kerangka kerja kegiatan terorganisir yang menciptakan budaya, proses, prosedur, perilaku, teknologi dan lingkungan dalam perawatan kesehatan yang secara konsisten dan berkelanjutan menurunkan risiko, mengurangi terjadinya bahaya yang dapat dihindari, meminimalisir kemungkinan adanya kesalahan serta jika kesalahan itu terjadi (WHO, 2021), sedangkan menurut Permenkes No 11 Tahun 2017, *patient safety* adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, termasuk penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan munculnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Permenkes, 2017).

##### 2. Tujuan

Menurut Permenkes No 11 Tahun 2017, pengaturan *patient safety* bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan fasilitas pelayanan kesehatan melalui penerapan manajemen risiko dalam seluruh aspek pelayanan yang disediakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Terdapat

beberapa tujuan penerapan *patient safety* di RS, diantaranya adalah sebagai berikut (Permenkes, 2017):

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di RS
- b. Meningkatnya akuntabilitas RS terhadap pasien dan masyarakat,
- c. Menurunnya kejadian tak diharapkan
- d. Terlaksananya program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tak diharapkan.

### 3. Standar

Standar keselamatan pasien yang wajib diterapkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan terdiri dari tujuh yaitu (Permenkes, 2017):

#### a. Hak pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

#### b. Mendidik pasien dan keluarga

Fasilitas pelayanan kesehatan harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

#### c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Fasilitas pelayanan kesehatan menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

- d. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Fasilitas pelayanan kesehatan harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi;menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden; mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien; mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien; serta mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.

- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Fasilitas pelayanan kesehatan terutama RS memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.

- g. Komunikasi sebagai kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien  
Fasilitas pelayanan kesehatan merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.

#### 4. Sasaran

Secara nasional, sasaran *patient safety* di Indonesia terdiri dari (Permenkes, 2017):

- a. Mengidentifikasi pasien dengan benar
- b. Meningkatkan komunikasi yang efektif
- c. Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai
- d. Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar
- e. Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan
- f. Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

#### 5. Klasifikasi Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

Insiden keselamatan pasien ialah setiap kejadian atau situasi yang tidak seharusnya terjadi dan berpotensi mengakibatkan cedera atau *harm* (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) (Permenkes, 2017):

- a. Kondisi Potensial Cedera (KPC)/*Reportable Circumstance*

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

- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)/*Nearmiss*

Terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.

c. 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).

d. 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 kondisi pasien (*underlying disease*).

e. 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.

Secara internasional, jenis insiden keselamatan pasien diklasifikasikan menjadi tiga yaitu (WHO, 2021):

a. Nyaris Cedera (*Near miss*)

Kejadian yang tidak sampai ke pasien, namun hampir mencederaikan pasien (misalnya: satu unit darah ke saluran infus pasien yang salah, tetapi kesalahan terdeteksi sebelum transfusi dimulai).

b. Insiden tidak membahayakan

Peristiwa dimana suatu peristiwa mencapai pasien, tetapi tidak dapat dilihat kerusakan terjadi (misalnya: jika unit darah ditransfusikan, tetapi tidak kompatibel).

c. Insiden berbahaya

Insiden yang mengakibatkan cedera bagi pasien (misalnya: unit darah yang salah ditransfusikan dan pasien meninggal karena hemolitik reaksi).

6. Faktor yang Mempengaruhi *Patient Safety*

Bartman et al (2019) mengategorikan beberapa akar masalah penyebab kesalahan atau *error*, yaitu sebagai berikut:

- a. Lembaga/Institusi. Berfungsi membuat kebijakan dan aturan serta menciptakan lingkungan medis yang mendukung keselamatan.
- b. Organisasi dan Manajemen. Berperan sebagai sumber keuangan, menetapkan tujuan dan peraturan yang sesuai standar, menciptakan budaya keselamatan pasien dan keselamatan pasien sebagai prioritas.
- c. Lingkungan Kerja. Jumlah staff dan keahlian yang dimiliki, pola beban kerja dan pertukaran jam kerja, rancangan, ketersediaan, perawatan pelatan secara berkala serta dukungan manajerial dan administrasi.
- d. Tim. Komunikasi verbal, tertulis, pengawasan dan kesediaan untuk mencari bantuan dan kerjasama kelompok.
- e. Individu. Faktor individu yaitu pengetahuan dan keterampilan, motivasi dan etika, kesehatan mental dan psikologis.

- f. Tugas. Ketersediaan dan pelaksanaan sesuai aturan dan ketepatan hasil tes dan pemeriksaan.
- g. Pasien. Pasien dengan kondisi penyakit yang kompleks dan serius, bahasa dan komunikasi, faktor individu dan sosial.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa, faktor dominan yang mempengaruhi pelaksanaan *patient safety* oleh perawat di RS adalah kerjasama tim, masa kerja, supervisi dan motivasi (Sihotang et al., 2021). Tinjauan literature sebelumnya juga menunjukkan bahwa faktor yang mempengaruhi manajemen *patient safety* adalah beban kerja, pendidikan dan sistem konstruksi manajemen *patient safety* serta kurangnya kesadaran perawat dalam melaporkan insiden (Najihah, 2018).

#### 7. Dampak *Patient Safety*

Setiap tahun, sejumlah besar pasien terluka atau meninggal karena perawatan kesehatan yang tidak aman, menciptakan beban kematian dan kecacatan yang tinggi di seluruh dunia, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah dimana terdapat 134 juta efek samping akibat perawatan yang tidak aman, sementara di negara-negara berpenghasilan tinggi satu dari 10 pasien mengalami efek samping saat menerima perawatan di RS. Beberapa situasi keselamatan pasien yang paling mengkhawatirkan diantaranya (WHO, 2021):

- a. Kesalahan pengobatan adalah penyebab utama cedera dan bahaya yang dapat dihindari dalam sistem perawatan kesehatan: secara global, biaya

yang terkait dengan kesalahan pengobatan diperkirakan mencapai US\$ 42 miliar per tahun.

- b. Infeksi terkait perawatan kesehatan terjadi pada 7 dan 10 dari setiap 100 pasien rawat inap di negara berpenghasilan tinggi dan negara berpenghasilan rendah dan menengah.
- c. Prosedur perawatan bedah yang tidak aman menyebabkan komplikasi pada hingga 25% pasien. Hampir 7 juta pasien bedah menderita komplikasi yang signifikan setiap tahun, 1 juta di antaranya meninggal selama atau segera setelah operasi.
- d. Praktik penyuntikan yang tidak aman di tempat perawatan kesehatan dapat menularkan infeksi, termasuk HIV dan hepatitis B dan C, dan menimbulkan bahaya langsung bagi pasien dan petugas kesehatan; mereka bertanggung jawab atas beban kerugian yang diperkirakan mencapai 9,2 juta tahun kehidupan yang hilang akibat kecacatan dan kematian di seluruh dunia.
- e. Kesalahan diagnostik terjadi pada sekitar 5% orang dewasa dalam pengaturan perawatan rawat jalan, lebih dari setengahnya berpotensi menyebabkan kerusakan parah. Kebanyakan orang akan mengalami kesalahan diagnostik dalam hidup mereka.
- f. Praktik transfusi yang tidak aman memaparkan pasien pada risiko reaksi transfusi yang merugikan dan penularan infeksi. Data tentang reaksi transfusi yang merugikan dari sekelompok 21 negara



menunjukkan kejadian rata-rata 8.7 reaksi serius per 100.000 komponen darah yang didistribusikan.

- g. Kesalahan radiasi melibatkan paparan radiasi yang berlebihan dan kasus-kasus identifikasi pasien yang salah dan lokasi yang salah. Sebuah tinjauan dari 30 tahun data yang diterbitkan tentang keamanan dalam radioterapi memperkirakan bahwa kejadian kesalahan secara keseluruhan adalah sekitar 15 per 10.000 program pengobatan.
- h. Sepsis sering tidak didiagnosis cukup dini untuk menyelamatkan hidup pasien. Karena infeksi ini sering resisten terhadap antibiotik, mereka dapat dengan cepat menyebabkan memburuknya kondisi klinis, mempengaruhi sekitar 31 juta orang di seluruh dunia dan menyebabkan lebih dari 5 juta kematian per tahun.
- i. Tromboemboli vena adalah salah satu penyebab cedera pasien paling umum dan dapat dicegah, berkontribusi pada sepertiga dari komplikasi yang dikaitkan dengan rawat inap. Setiap tahun, diperkirakan ada 3.9 juta kasus di negara-negara berpenghasilan tinggi dan 6 juta kasus di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah.

#### 8. Langkah Menuju *Patient Safety*

Menurut WHO dalam Rencana Aksi Keselamatan Pasien Global 2021–2030, terdapat tujuh langkah strategis untuk menuju *patient safety* yaitu sebagai berikut (WHO, 2021):

- a. Jadikan nol bahaya yang dapat dihindari bagi pasien.

- b. Bangun sistem kesehatan dan organisasi kesehatan dengan keandalan tinggi yang melindungi pasien setiap hari dari bahaya.
- c. Menjamin keamanan setiap proses klinis.
- d. Libatkan dan berdayakan pasien dan keluarga untuk membantu dan mendukung perjalanan menuju perawatan kesehatan yang lebih aman.
- e. Menginspirasi, mendidik, melatih, dan melindungi setiap petugas kesehatan untuk berkontribusi pada desain dan pemberian sistem perawatan yang aman.
- f. Pastikan aliran informasi dan pengetahuan yang konstan untuk mendorong mitigasi risiko, pengurangan tingkat bahaya yang dapat dihindari, dan peningkatan keselamatan perawatan.
- g. Mengembangkan dan mempertahankan sinergi, kemitraan dan solidaritas multisektoral dan multinasional untuk meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas pelayanan.

Permenkes No 11 Tahun 2017, menetapkan tujuh langkah untuk menuju keselamatan pasien yaitu (Permenkes, 2017):

- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien dengan menciptakan budaya adil dan terbuka
- b. Memimpin dan mendukung staf dengan memfokuskan keselamatan pasien secara jelas diseluruh fasilitas pelayanan kesehatan
- c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko dengan membangun sistem dan sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan

- d. Mengembangkan sistem pelaporan dengan memastikan staf secara mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional)
- e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien melalui pengembangan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien dengan mendorong staf untuk menggunakan analisa akar masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden
- g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien dengan cara mempelajari perubahan-perubahan didalam praktek, proses atau sistem.

## **B. Tinjauan Tentang Budaya Pelaporan *Patient Safety***

### **1. Definisi**

Pelaporan insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut pelaporan insiden adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran organisasi yang berpotensi memberikan kontribusi positif untuk meningkatkan keselamatan pasien (Permenkes, 2017). Budaya pelaporan merupakan elemen yang sangat penting dan harus menjadi bagian integral dari budaya organisasi sebagai awal dari proses pembelajaran untuk mendorong peningkatan keselamatan pasien dengan mencegah kejadian yang sama terulang kembali, memperbaiki sistem pelayanan dan kualitas perawatan (Wanda et al., 2020).

## 2. Tujuan dan Manfaat

Budaya pelaporan bertujuan untuk memberikan informasi penting kepada sistem manajemen keselamatan terkait dengan keselamatan dari orang-orang yang berhubungan langsung dengan potensi bahaya dan untuk memastikan bahwa organisasi bersedia menerima perubahan ketika dibutuhkan (Kim et al., 2018). Pelaporan insiden bertujuan untuk menurunkan insiden dan mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dan tidak untuk menyalahkan orang (*non blaming*) (Permenkes, 2017). Pelaporan insiden memiliki peran kunci dalam meningkatkan keselamatan pasien dengan belajar dari kesalahan dan peningkatan perubahan dalam sistem untuk mengurangi kemungkinan cedera pada pasien di masa depan (Mjadu & Jarvis, 2018). Budaya pelaporan *patient safety* dalam pelayanan kesehatan memiliki manfaat dalam memantau, mencegah dan mengurangi terjadinya *error* sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi selanjutnya (Lee et al., 2018).

## 3. Mekanisme Pelaporan

Mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang analisis akar masalah KNC/*nearmiss* dan kejadian sentinel pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.

Mekanisme pelaporan insiden di RS adalah sebagai berikut (Permenkes, 2017):

- a. Setiap insiden harus dilaporkan secara internal kepada tim keselamatan pasien dalam waktu paling lambat 2x24 jam.
- b. Tim keselamatan pasien melakukan verifikasi untuk memastikan kebenaran adanya insiden, kemudian melakukan investigasi dalam bentuk wawancara dan pemeriksaan dokumen. Setelah itu, tim keselamatan pasien menentukan derajat insiden (*grading*) dan melakukan *Root Cause Analysis* (RCA) dengan metode baku untuk menemukan akar masalah, kemudian memberikan rekomendasi keselamatan pasien kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan berdasarkan hasil RCA.
- c. Fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan pelaporan insiden, secara online atau tertulis kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) setelah dilakukan analisis, serta mendapatkan rekomendasi dan solusi dari tim keselamatan pasien fasilitas pelayanan kesehatan.
- d. Pelaporan insiden harus dijamin keamanannya, bersifat rahasia, anonim (tanpa identitas), dan tidak mudah diakses oleh orang yang tidak berhak.
- e. Setelah menerima pelaporan insiden, KNKP melakukan pengkajian dan memberikan umpan balik (*feedback*) berupa rekomendasi keselamatan pasien dalam rangka mencegah berulangnya kejadian yang sama di fasilitas pelayanan kesehatan lain secara nasional.

#### 4. Metode Pelaporan Insiden

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 metode manual yaitu melalui pencatatan kertas/rekam medis dan melalui aplikasi teknologi informasi berbasis web (*Electronic Databased-Computer*) (Dhamanti et al., 2019).

#### 5. Faktor yang Mempengaruhi Budaya Pelaporan

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi pelaporan kejadian insiden keselamatan pasien, diantaranya sebagai berikut (Vrbnjak et al., 2016; Brunsveld-Reinders et al., 2016):

##### a. 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, termasuk persepsi perawat, pengetahuan, sikap, tingkat pendidikan, motivasi, pengalaman kerja dan pelatihan.

##### b. Ketakutan (*Blamming Culture*)

Temuan studi survey skala besar dirancang oleh Wakefield, Uden-Holman dan Blegan 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 masih terjadi diantara petugas kesehatan.

c. Umpan Balik

Umpan balik yang efektif dari sistem pelaporan sangat penting 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. 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).

d. 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.

e. 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. *Nearmiss* didefinisikan sebagai peristiwa, situasi, atau kejadian yang dapat tetapi belum terjadi yang menyebabkan konsekuensi yang merugikan pasien. Kejadian *nearmiss* merupakan potensi menjadi suatu faktor 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.

f. Lingkungan kerja

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

Sejumlah hasil penelitian telah melaporkan berbagai faktor yang mempengaruhi budaya pelaporan *patient safety*, diantaranya adalah kurangnya pelatihan dalam penggunaan pelaporan insiden, masalah kegunaan dari sistem yang harus digunakan, ketidakpastian tentang apa yang merupakan insiden yang dapat dilaporkan, budaya menyalahkan dan ketakutan akan akibatnya dan kurangnya umpan balik (Tartaglia Reis et al., 2018); kurangnya pembelajaran yang dirasakan dan tidak adanya perubahan dalam praktik (Kim et al., 2018). Tinjauan literature sebelumnya juga mengidentifikasi beberapa faktor yang mempengaruhi budaya pelaporan, diantaranya adalah penyedia layanan tidak memprioritaskan pelaporan, kurangnya kegunaan praktis kurangnya dan kesadaran perawat tentang pentingnya pelaporan, perawat menganggap insiden tersebut masih bisa ditangani dengan sendirinya atau mereka tidak

melaporkan jika tidak terjadi cedera pada pasien dan hanya melaporkan jika sudah terjadi cedera (Najihah, 2018).

Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa tingkat pelaporan yang rendah disebabkan oleh faktor organisasi dan individu. Hambatan yang paling sering ditemukan pada faktor organisasi adalah bagaimana sistem pelaporan itu dirancang, kepemimpinan manajer tingkat atas, integrasi yang tidak memadai atau sebagian antara sistem pelaporan yang baru terkomputerisasi dan sistem pelaporan konvensional, praktik budaya organisasi yang menyalahkan dan menghukum kepala departemen serta mereka yang terlibat dalam kesalahan medis, konflik antar departemen dan kurangnya kerjasama antar departemen, pelaporan insiden yang hanya digunakan di departemen keperawatan dan kasus-kasus sulit yang memerlukan langkah-langkah kompleks untuk perbaikan, kurangnya partisipasi dokter dalam pelaporan insiden digambarkan sebagai masalah; sedangkan hambatan individu untuk pelaporan insiden, peserta merasa bahwa hambatan utama dikaitkan dengan peran manajer tingkat menengah, kesadaran dan sikap mereka terhadap pelaporan insiden secara langsung mempengaruhi praktik pelaporan staf mereka, sebagian besar staf RS tidak memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk pelaporan insiden yang efektif (misalnya, pengetahuan tentang kejadian sentinel dan nyaris celaka) (Lee et al., 2018).

## 6. Upaya dalam Meningkatkan Budaya Pelaporan

Terdapat beberapa upaya yang dapat dilakukan untuk mendorong budaya pelaporan, diantaranya adalah (Tartaglia Reis et al., 2018):

- a. Mempercepat dan mempermudah sistem atau mekanisme dalam membuat pelaporan insiden
- b. Mengklarifikasi arti kesalahan dan insiden yang dapat dilaporkan
- c. Waktu untuk diskusi multidisiplin tentang kesalahan individu
- d. Umpan balik kepada individu sebagai pelapor
- e. Asumsi yang bekerja bahwa mereka yang melapor harus berterima kasih, bukan otomatis disalahkan jika ada yang tidak beres
- f. Memberikan dukungan dan pengertian bagi mereka yang melakukan kesalahan
- g. Memperlakukan kesalahan dan insiden secara konsisten di seluruh organisasi dan kelompok profesional
- h. Kebijaksanaan yang tepat dalam hal prosedur dan kebijakan keperawatan
- i. Memberikan pelatihan bagi klinisi tentang manajemen risiko dan keselamatan pasien
- j. Memastikan pelaporan diikuti dengan tindakan yang tepat.

Menurut *College of Medicine Patient Safety Universitas of Nebraska Medical Center* ada beberapa cara yang bisa diterapkan dalam menciptakan sistem pelaporan yang baik, diantaranya (Pratiwi & Fatmasari, 2017):

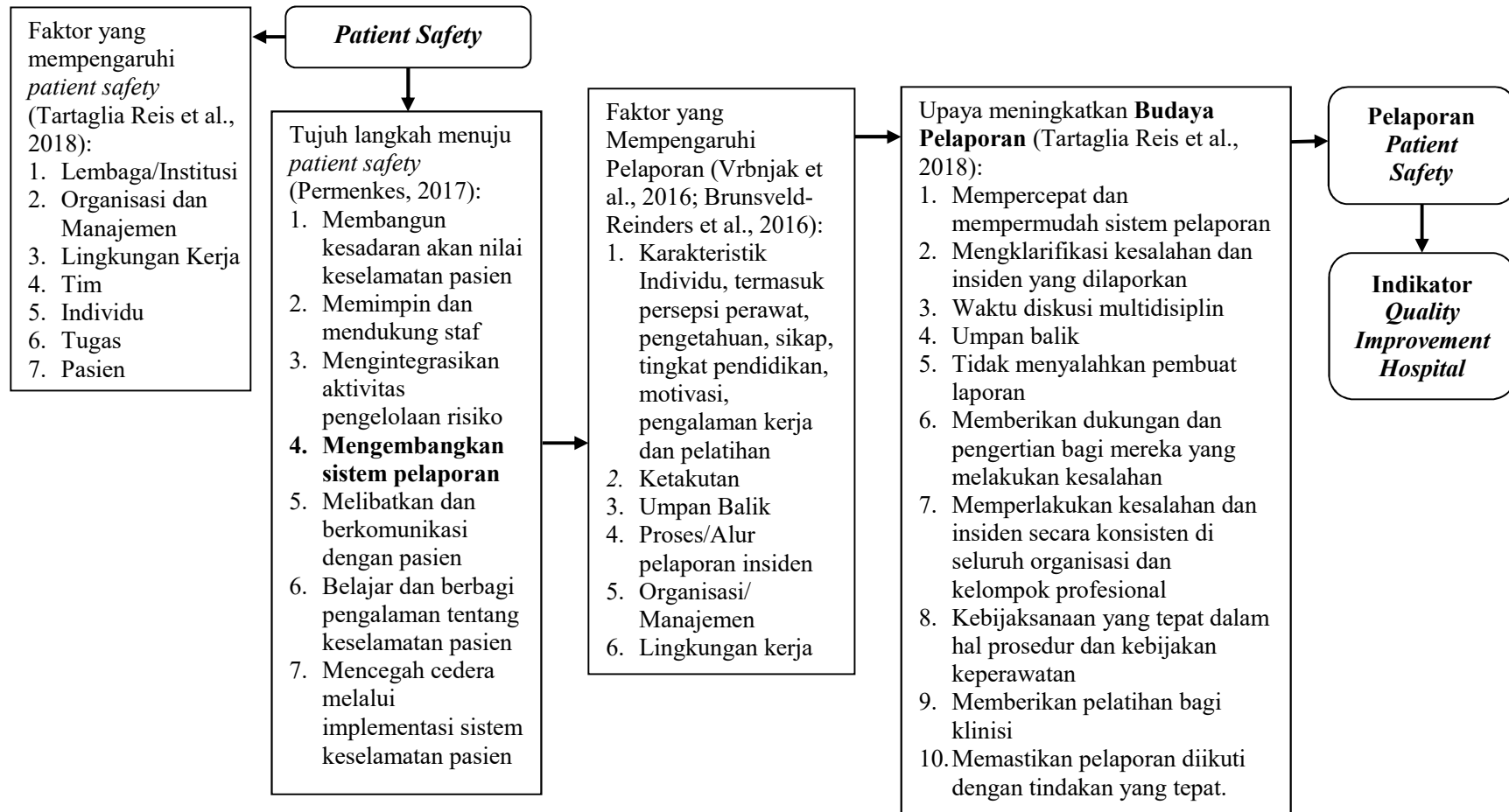
- a. Identifikasi sistem pelaporan yang berhasil
- b. Identifikasi data yang apa yang perlu dilaporkan dalam laporan
- c. Membuat bagan atau *flowchart* dalam pelaporan untuk memudahkan dan menyatukan persepsi petugas dalam melakukan pelaporan

### **C. Hasil-hasil Penelitian Tentang Budaya Pelaporan *Patient Safety* oleh Perawat**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persepsi perawat, seperti takut disalahkan, sikap yang hanya melaporkan kesalahan jika kesalahan sudah merugikan, motivasi yang kurang untuk melaporkan dan lemahnya kepemimpinan terhadap masalah keselamatan pasien merupakan faktor yang paling dominan mempengaruhi pelaporan insiden *patient safety* di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang (Wanda et al., 2020). Hasil serupa juga ditemukan pada penelitian yang dilakukan di RSU Mitra Medika Bandar Klipa Medan, bahwa rendahnya pelaporan disebabkan karena persepsi perawat terhadap pelaporan dengan koefisien tertinggi sebesar 0,534 (Lestari et al., 2021). Penelitian yang dilakukan di 11 RS Umum Palestina, menunjukkan bahwa staf memiliki persepsi yang kurang positif terhadap budaya *patient safety* dalam organisasi mereka, dimensi budaya *patient safety* perlu ditingkatkan terutama yang terkait dengan pengembangan sistem pelaporan insiden yang efektif, pengalokasian lebih banyak staf dan jam kerja yang memadai serta memastikan dukungan manajemen RS untuk meningkatkan *patient safety* (Mjadu & Jarvis, 2018). Hasil penelitian lain menunjukkan bahwa profesional kesehatan menganggap pelaporan sebagai

proses utama untuk mendokumentasikan ancaman keselamatan pasien secara formal dan alat penting untuk pembelajaran organisasi (Kim et al., 2018).

#### D. Kerangka Teori



Gambar 1: Kerangka Teori Penelitian