

DAFTAR PUSTAKA

- Adnyani, N. L. G. S., Nugraha, I. N. A., & Rudiarta, I. G. L. M. (2022). Evaluasi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Karangasem. *Jurnal Ilmiah Keperawatan (Scientific Journal of Nursing)*, 8(4), 537–549. <https://doi.org/https://doi.org/10.33023/jikep.v8i4.1217>
- Amiri, M., Khademian, Z., & Nikandish, R. (2018). The Effect of Nurse Empowerment Educational Program on Patient Safety Culture: A Randomized Controlled Trial. *BMC Medical Education*, 18(158), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1255-6>
- Bakhtyar Ahmed Mohammed. (2021). How to Write Qualitative Research. *International Journal of Quantitative and Qualitative Research Methods*, 9(3), 1–6. <https://www.eajournals.org/>
- Bartman, T., Bertoni, C. B., Merandi, J., Brady, M., & Bode, R. S. (2019). Patient Safety: What Is Working and Why? *Current Treatment Options in Pediatrics*, 5(2), 131–144. <https://doi.org/10.1007/s40746-019-00156-5>
- Brunsveld-Reinders, A. H., Arbous, M. S., De Vos, R., & De Jonge, E. (2016). Incident and Error Reporting Systems in Intensive Care: A Systematic Review of the Literature. *International Journal for Quality in Health Care*, 28(1), 2–13. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv100>
- Carthon, J. M. B., Davis, L., Dierkes, A., Hatfield, L., Hedgeland, T., Holland, S., Plover, C., Sanders, A. M., Visco, F., Ballinghoff, J., Guidice, M. Del, & Aiken, L. H. (2019). Association of Nurse Engagement and Nurse Staffing on Patient Safety. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(1), 40–46. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000334>.Association
- Cho, S. M., & Choi, J. S. (2018). Patient Safety Culture Associated With Patient Safety Competencies Among Registered Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(5), 549–557. <https://doi.org/10.1111/jnu.12413>
- De Fatima Tavares Alves, M., De Carvalho, D. S., & De Albuquerque, G. S. C. (2019). Barriers to Patient Safety Incident Reporting by Brazilian Health Professionals: An Integrative Review. *Ciencia e Saude Coletiva*, 24(8), 2895–2908. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>
- Dhamanti, I., Leggat, S., Barraclough, S., & Tjahjono, B. (2019). Patient Safety Incident Reporting In Indonesia: An Analysis Using World Health Organization Characteristics For Successful Reporting. *Risk Management and Healthcare Policy*, 12, 331–338. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S222262>

- Ekaningtyas, A., & Salim, N. A. (2023). Faktor yang Berhubungan Dengan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Oleh Perawat di RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta. *Jurnal Surya Muda*, 5(1), 90–103. <https://doi.org/https://doi.org/10.38102/jsm.v5i1.187>
- Elmontsri, M., Almashrafi, A., Banarsee, R., & Majeed, A. (2017). Status of Patient Safety Culture in Arab Countries: A Systematic Review. *BMJ Open*, 7(2), 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013487>
- Espin, S., Carter, C., Janes, N., & McAllister, M. (2019). Exploring Health Care Professionals' Perceptions of Incidents and Incident Reporting in Rehabilitation Settings. *Journal of Patient Safety*, 15(2), 154–160. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000214>
- Harsul, W., Syahrul, S., & Majid, A. (2018). Penerapan Budaya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Umum Daerah Tipe B Provinsi Sulawesi Selatan. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 2(2), 119–126. <http://journal.unhas.ac.id/index.php/panritaabdi%0A119>
- Hung, C.-C., Chu, T.-P., Lee, B.-O., & Hsiao, C.-C. (2016). Nurses' Attitude and Intention of Medication Administration Error Reporting. *Journal of Clinical Nursing*, 25(3–4), 445–453. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.13071>
- Hwang, J., Lee, S., & Park, H. (2012). Barriers to the Operation of Patient Safety Incident Reporting Systems in Korean General Hospitals. *Healthcare Informatics Research*, 18(4), 279–286. <https://doi.org/10.4258/hir.2012.18.4.279>
- Jaya, I. M. L. M. (2020). *Metode Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Quadrant.
- Joint Commission International. (2020). Accreditation Standards for Hospitals: Including Standards for Academic Medical Center Hospitals 7th Edition. *United States. Joint Commission Resources*, 37.
- Jungbauer, K. L., Loewenbrück, K., Reichmann, H., Wendsche, J., & Wegge, J. (2018). How Does Leadership Influence Incident Reporting Intention in Healthcare? A Dual Process Model of Leader–Member Exchange. *German Journal of Human Resource Management*, 32(1), 27–51. <https://doi.org/10.1177/2397002217745315>
- Kemenkes RI. (2021). *Sosialisasi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Viedo file)*. Kementerian Kesehatan RI. <https://www.youtube.com/watch?v=lreiMoCL0EA&t=7585s>
- Kemenkes RI. (2022). *Laporan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety Insiden Report)*. Ditjen Bina Upaya Kesehatan.

<http://sirs.yankes.kemkes.go.id/sp2rs/contact.php>

- Kim, K. J., Yoo, M. S., & Seo, E. J. (2018). Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian Nursing Research*, 12(2), 121–126. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.04.003>
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2019). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit* (Edisi 1.1). Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) Kemenkes RI.
- Lee, W., Kim, S. Y., Lee, S. il, Lee, S. G., Kim, H. C., & Kim, I. (2018). Barriers to Reporting of Patient Safety Incidents in Tertiary Hospitals: A Qualitative Study of Nurses and Resident Physicians in South Korea. *International Journal of Health Planning and Management*, 33(4), 1–11. <https://doi.org/10.1002/hpm.2616>
- Lestari, E. A., Fitriani, A. D., & Jamaluddin. (2021). Analisis Faktor Penyebab Rendahnya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rawat Inap RSU Mitra Medika Bandar Klippa Tahun 2021. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 7(2), 891–915. <https://doi.org/https://doi.org/10.33143/jhtm.v7i2.1596>
- Lombongkae, C. M. N., Kaunang, E. D., & Karamoy, H. (2023). Analisis Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Unit Rawat Inap Siloam Hospitals, Manado, Indonesia. *Medical Scope Journal*, 4(2), 193–200. <https://doi.org/10.35790/msj.v4i2.44946>
- Minuzzi, A. P., Salum, N. C., & Locks, M. O. H. (2016). Assessment of Patient Safety Culture in Intensive Care From the Health Team’s Perspective. *Texto e Contexto Enfermagem*, 25(2), 1–9. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001610015>
- Mjadu, T. M., & Jarvis, M. A. (2018). Patients’ Safety in Adult ICUs: Registered Nurses’ Attitudes to Critical Incident Reporting. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 9, 81–86. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.09.001>
- Najihah. (2018). Budaya Keselamatan Pasien dan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit: Literature Review. *Journal of Islamic Nursing*, 3(1), 1. <https://doi.org/https://doi.org/10.24252/join.v3i1.5469>
- Pasinringi, S. A., Rivai, F., Irwandy, & Rezeki, S. F. (2021). Maturity Level of Patient Safety Culture in Makassar City Hospital. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 17(2), 56–63. <https://doi.org/10.30597/mkmi.v17i2.13856>

- Patmawati, T. A., & Djano, N. A. R. (2020). Analisis Budaya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Pada Perawat di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sawerigading Palopo. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 5(2), 202–208. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.30651/jkm.v5i2.6514>
- Permenkes. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien*.
- Permenkes RI. (2018). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018 Tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien*.
- Pratiwi, A., & Fatmasari, Y. (2017). Analisis Persepsi Perawat Terhadap Budaya Keselamatan Pasien Dengan Pendekatan Institute For Healthcare Improvement di RSJD DR. Amino Gondohutomo Kota Semarang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Undip*, 5(1), 32–39. <http://ejournal-s1.undip.ac.id/index.php/jkm>
- Rachmawaty, R. (2017). Ethical Issues in Action-Oriented Research in Indonesia. *Nursing Ethics*, 24(6), 686–693. <https://doi.org/10.1177/0969733016646156>
- Rashed, A., & Hamdan, M. (2019). Physicians' and Nurses' Perceptions of and Attitudes Toward Incident Reporting in Palestinian Hospitals. *Journal of Patient Safety*, 15(3), 212–217. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000218>
- Rombeallo, N. T., Tahir, T., & Saleh, A. (2022). Faktor Penyebab Rendahnya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit: Literature Review. *Jurnal Keperawatan*, 14(3), 657–666.
- RS Primaya Makassar. (2021). *Data Pelaporan Patient Safety*.
- Siagian, E. (2018). Persepsi Perawat dan Dokter Terhadap Penerapan Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Advent Bandar Lampung. *Jurnal Skolastik Keperawatan*, 4(1), 82–94. <https://doi.org/10.35974/jsk.v4i1.736>
- Sihotang, J. L., Nababan, D., Tarigan, F. L., Ginting, D., & Manurung, K. (2021). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Program Patients Safety oleh Perawat di Rumah Sakit Bhayangkara Tk III Tebing Tinggi. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 7(2), 1010–1023.
- Sugiyono. (2018). *Metode Penelitian Manajemen*. Alfabeta.
- Sujan, M. (2015). An Organisation Without a Memory: A Qualitative Study of Hospital Staff Perceptions on Reporting and Organisational Learning for Patient Safety. *Reliability Engineering and System Safety*, 144, 45–52. <https://doi.org/10.1016/j.ress.2015.07.011>

- Tartaglia Reis, C., Paiva, S. G., & Sousa, P. (2018). The Patient Safety Culture: A Systematic Review by Characteristics of Hospital Survey on Patient Safety Culture Dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(9), 660–677. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
- Verbakel, N. J., Langelaan, M., Verheij, T. J., Wagner, C., & Zwart, D. L. (2015). Effects of Patient Safety Culture Interventions on Incident Reporting in General Practice: A Cluster Randomised Trial. *British Journal of General Practice*, 65(634), e319–e329. <https://doi.org/https://doi.org/10.3399/bjgp15X684853>
- Vrbnjak, D., Denieffe, S., O’Gorman, C., & Pajnkihar, M. (2016). Barriers to Reporting Medication Errors and Near Misses Among Nurses: A Systematic Review. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 162–178. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.019>
- Wanda, M. Y., Nursalam, N., & Wahyudi, A. S. (2020). Analisis Faktor yang Mempengaruhi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien pada Perawat. *Fundamental and Management Nursing Journal*, 3(1), 15–24. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.20473/fmnj.v2i2.17284>
- WHO. (2019). *Patient Safety*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- WHO. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Eliminating Avoidable Harm In Health Care. In *World Health Organization*. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>

Lampiran 1:

PENJELASAN PENELITIAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : Sisilia Somania

Nim : R012211021

Adalah mahasiswa Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar angkatan 2021, bermaksud akan mengadakan penelitian dengan judul **“Eksplorasi Budaya Pelaporan *Patient Safety* Oleh Perawat di Rumah Sakit Primaya Makassar”**. Berikut ini kami jelaskan hal-hal penting terkait pengambilan data dalam penelitian ini:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi budaya pelaporan *patient safety* oleh perawat di RS Primaya Makassar.
2. Adapun prosedur pelaksanaan penelitian ini yaitu:
 - a. Bapak/Ibu yang bersedia mengikuti penelitian akan diminta untuk menandatangani lembar persetujuan sebagai partisipan yang sudah disediakan oleh peneliti secara sukarela.
 - b. Pengambilan data akan dilakukan melalui wawancara dan direkam menggunakan *voice recorder* serta mencatat hal-hal penting, ekspresi verbal dan non verbal menggunakan *field note* dengan waktu sekitar 20-30 menit.
 - c. Proses wawancara akan dihentikan apabila Bapak/Ibu mengalami ketidaknyamanan dan akan dilanjutkan kembali jika sudah merasa tenang pada waktu yang sama atau sesuai dengan keinginan Bapak/Ibu.
 - d. Penelitian ini tidak akan mempengaruhi dan merugikan Bapak/Ibu secara fisik, psikologis maupun pekerjaan/profesi Bapak/Ibu.
 - e. Penelitian ini bersifat sukarela dan tidak ada paksaan untuk menjadi partisipan.
 - f. Saya sebagai peneliti, akan menghargai keputusan Bapak/Ibu jika sewaktu-waktu ingin mengundurkan diri dari penelitian dan tidak ada konsekuensi atau sanksi terkait pengunduran diri tersebut.

- g. Informasi yang saya peroleh dari Bapak/Ibu akan dirahasiakan dan hanya digunakan untuk kebutuhan penelitian.
- h. Pada penelitian ini, saya sebagai peneliti dan Bapak/Ibu sebagai partisipan.
- i. Untuk menjaga kerahasiaan data Bapak/Ibu, pelaporan hasil penelitian ini hanya akan menggunakan kode partisipan bukan nama asli Bapak/Ibu.
- j. Peneliti akan memberikan apresiasi berupa cenderamata sebagai tanda terima kasih peneliti karena Bapak/Ibu telah bersedia menjadi partisipan dalam penelitian ini.
- k. Apabila terdapat hal-hal yang kurang jelas sehubungan dengan penelitian ini, Bapak/Ibu dapat menghubungi peneliti secara langsung atau melalui whatsapp: 0813-4385-8178

Demikian penjelasan penelitian ini dibuat, atas kesediaan dan kerjasama Bapak/Ibu, saya ucapkan terima kasih.

Makassar,/...../2023

Peneliti

Sisilia Somania
R012211021

Lampiran 2:

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama (Inisial):

Usia :

Alamat :

Nomor Hp. :

Telah mendapatkan penjelasan tentang tujuan, serta prosedur penelitian tentang **“Eksplorasi Budaya Pelaporan *Patient Safety* Oleh Perawat di Rumah Sakit Primaya Makassar”** dari mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar, atas nama:

Sisilia Somania
R012211021

Saya memahami sepenuhnya dan memberikan persetujuan untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini dan saya mengerti bahwa pada penelitian ini ada beberapa pertanyaan yang harus saya jawab dan sebagai responden saya akan menjawab pertanyaan yang diajukan dengan jujur. Saya memahami hak dan kewajiban saya sebagai partisipan, tidak ada risiko fisik maupun psikologis di dalamnya karena telah diinformasikan kerahasiaan dan manfaat penelitian ini bagi pelayanan keperawatan secara umum. Persetujuan ini saya berikan dengan penuh kesadaran dan tanpa unsur paksaan dari pihak manapun.

Makassar,/...../2023

Partisipan

(_____)

Lampiran 3:

Kode Partisipan.....

DATA DEMOGRAFI PARTISIPAN

1. Inisial :
2. Usia :
3. Jenis Kelamin :
4. Lama Bekerja :
5. Pendidikan terakhir :
6. Unit Kerja :
7. Pelatihan :

Lampiran 4:

PEDOMAN WAWANCARA

A. Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi budaya pelaporan *patient safety* oleh perawat di RS Primaya Makassar.

B. Data Demografi :

1. Kode Partisipan :
2. Waktu wawancara :
3. Tanggal wawancara :
4. Pewawancara :
5. Tempat wawancara :
6. Lama wawancara :
7. Pertemuan ke- :

C. Pedoman Wawancara

1. Bagaimana pengalaman Anda dalam menerapkan *patient safety*?
2. Bagaimana pendapat Anda tentang kebijakan penerapan *patient safety* di RS ataupun unit kerja Anda?
Probing: Dokumen kebijakan, sosialisasi, pedoman pelaporan
3. Bagaimana pengalaman Anda dalam melaporkan kejadian *patient safety*?
Probing: Mekanisme pelaporan, kebijakan pelaporan di RS, kejadian apa saja?
4. Bagaimana hambatan/kendala penerapan *patient safety*?
5. Bagaimana hambatan/kendala dalam pelaporan *patient safety*?
6. Bagaimana pendapat Anda tentang kebijakan yang telah dilakukan oleh jajaran pimpinan?
Probing: Mengatasi masalah *patient safety*, upaya yang dilakukan pimpinan selama ini, meningkatkan budaya pelaporan *patient safety*, monitor dan evaluasi pelaporan.
7. Apa masukan anda untuk peningkatan penerapan dan pelaporan *patient safety*?

Lampiran 5:

LEMBAR CATATAN LAPANGAN (*FIELD NOTE*)

Kode Partisipan:

Hari/Tanggal :

Waktu :

Tempat :

| Observasi | Deskripsi |
|---------------------------------|------------------|
| Keadaan lingkungan | |
| Posisi saat wawancara | |
| Respon verbal <i>non</i> verbal | |

Lampiran 6:



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN

Jalan Perintis Kemerdekaan Km.10 Makassar 90245
Laman: keperawatan@unhas.ac.id

Nomor : 910/UN4.18.8/TP.02.02/2023

07 Maret 2023

Lamp : 1 (satu) berkas

Hal : *Rekomendasi Etik.*

Yth. Ketua Komisi Etik
Fakultas Kesehatan Masyarakat UNHAS
di Makassar

Dengan hormat kami sampaikan bahwa mahasiswa Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin yang tersebut dibawah ini :

Nama : **S. Somania, S.Kep.,Ns.**
Nomor Pokok : **R012211021**
Program Pendidikan : **Magister (S2)**
Program Studi : **Keperawatan**

bermaksud melakukan penelitian dalam rangka persiapan penulisan tesis dengan judul "Eksplorasi Budaya Pelaporan Patient Safety Oleh Perawat Di Rumah Sakit Primaya Makassar"

Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon kebijaksanaan Bapak/Ibu kiranya berkenan memberi izin persetujuan etik penelitian dengan menggunakan data sekunder.

Atas perkenan dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



Ketua Program Studi,

Prof. Dr. Ehy L. Sjattar, S.Kp.,M.Kes.

19740422 199903 2 002

Tembusan:

1. Kepala Tata Usaha FKep.Unhas
2. Arsip



Lampiran 7:



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
Jalan Perintis Kemerdekaan Km.10 Makassar 90245
Laman: keperawatan@unhas.ac.id

Lampiran 5

SURAT PERSETUJUAN ATASAN YANG BERWENANG

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Prof.Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp.,M.Kes.
N I P : 19740422 199903 2 002
Jabatan : Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan

Menyatakan bahwa :

N a m a : S. Somania, S.Kep.,Ns.
N I M : R012211021
Judul Penelitian : Eksplorasi Budaya Pelaporan Patient Safety Oleh Perawat Di Rumah Sakit Primaya Makassar.

Disetujui untuk melakukan penelitian dengan judul tersebut diatas.

Demikian disampaikan untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.



Makassar, 07 Maret 2023
Ketua Program Studi,

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



Lampiran 8:



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jln. Perintis Kemerdekaan Km.10 Makassar 90245, Telp. (0411) 585658,
E-mail : fk.unhas@gmail.com, website: <https://fk.unhas.ac.id/>

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK

Nomor :3262/UN4.14.1/TP.01.02/2023

Tanggal : 10 April 2023

Dengan ini Menyatakan bahwa Protokol dan Dokumen yang Berhubungan dengan Protokol berikut ini telah mendapatkan Persetujuan Etik :

| | | | |
|--------------------------------------|--|---|------------------------------|
| No.Protokol | 5423092069 | No. Sponsor Protokol | |
| Peneliti Utama | Sisilla Somania | Sponsor | Pribadi |
| Judul Peneliti | Eksplorasi Budaya Pelaporan Patient Safety Oleh Perawat di Rumah Sakit Primaya Makassar | | |
| No.Versi Protokol | 1 | Tanggal Versi | 03 Maret 2023 |
| No.Versi PSP | 1 | Tanggal Versi | 03 Maret 2023 |
| Tempat Penelitian | Rumah Sakit Primaya Makassar | | |
| Judul Review | <input type="checkbox"/> Exempted <input checked="" type="checkbox"/> Expedited <input type="checkbox"/> Fullboard | Masa Berlaku 10 April 2023 Sampai 10 April 2024 | Frekuensi review lanjutan |
| Ketua Komisi Etik Penelitian | Nama : Prof.dr.Veni Hadju,M.Sc,Ph.D | Tanda tangan | Tanggal 10 April 2023 |
| Sekretaris komisi Etik Penelitian | Nama : Dr. Wahiduddin, SKM.,M.Kes | Tanda tangan | Tanggal 10 April 2023 |

Kewajiban Peneliti Utama :

1. Menyerahkan Amandemen Protokol untuk persetujuan sebelum di implementasikan
2. Menyerahkan Laporan SAE ke Komisi Etik dalam 24 Jam dan dilengkapi dalam 7 hari dan Laporan SUSAR dalam 72 Jam setelah Peneliti Utama menerima laporan
3. Menyerahkan Laporan Kemajuan (progress report) setiap 6 bulan untuk penelitian resiko tinggi dan setiap setahun untuk penelitian resiko rendah
4. Menyerahkan laporan akhir setelah Penelitian berakhir
5. Melaporakan penyimpangan dari protocol yang disetujui (protocol deviation/violation)
6. Mematuhi semua peraturan yang ditentukan



Lampiran 9:

Karakteristik Partisipan

| No | Inisial | Jenis Kelamin | Umur (Tahun) | Lama Bekerja (Tahun) | Pendidikan | Jabatan | Unit Kerja | Pelatihan yang Diikuti | Durasi Wawancara (Menit) | Jumlah Pertemuan |
|----|---------|---------------|--------------|----------------------|----------------|-------------------|---------------------|------------------------|--------------------------|------------------|
| 1 | S | Perempuan | 41 | 11 | Ners | Koodinator (KARU) | Rawat Inap | PS Desember 2022 | 20 | 2 kali |
| 2 | IK | Perempuan | 40 | 12 | Ners | Koodinator (KARU) | Rawat Inap | PS Februari 2023 | 20 | 2 kali |
| 3 | MU | Perempuan | 35 | 11 | Ners | Perawat Pelaksana | Rawat Inap | PS Februari 2023 | 20 | 1 kali |
| 4 | DE | Perempuan | 28 | 1 | Ners | Perawat Pelaksana | Rawat Jalan | PS Desember 2022 | 20 | 1 kali |
| 5 | MST | Laki-laki | 36 | 10 | S2 Keperawatan | PJ Shift | Rawat Inap | PS Desember 2022 | 20 | 1 kali |
| 6 | JE | Perempuan | 34 | 9 | Ners | Perawat Pelaksana | Rawat Inap | PS Agustus 2022 | 20 | 1 kali |
| 7 | UI | Perempuan | 30 | 5 | Ners | Perawat Pelaksana | Rawat Inap | PS April 2023 | 30 | 1 kali |
| 8 | AY | Perempuan | 34 | 7 | DIII | Perawat Pelaksana | NICU | PS April 2023 | 30 | 2 kali |
| 9 | RU | Perempuan | 33 | 8 | Ners | Perawat Pelaksana | Rawat Inap | PS Agustus 2022 | 30 | 2 kali |
| 10 | RO | Perempuan | 43 | 12 | Ners | PJ Shift | Rawat Inap | PS Agustus 2022 | 30 | 1 kali |
| 11 | MH | Perempuan | 33 | 9 | S2 Keperawatan | Perawat Pelaksana | Rawat Inap | PS Agustus 2022 | 20 | 1 kali |
| 12 | MI | Laki-laki | 32 | 2 | Ners | Perawat Pelaksana | Kamar Bedah | PS Februari 2023 | 20 | 1 kali |
| 13 | YZ | Laki-laki | 37 | 12 | DIII | Perawat Pelaksana | Ruang Tindakan ESWL | PS Februari 2023 | 20 | 1 kali |

Lampiran 10: Master Tabel Hasil Wawancara

| Pernyataan | Sumber | Kata Kunci | Kategori | Sub Tema | Tema |
|---|--------|--|--------------------------|---|---|
| Terkadang saya berpikir seperti itu. Namun saya berpikir lagi kasian pasien jika tidak dilaporkan, kejadian tersebut terulang kembali. Jadi tetap saya laporkan sebagai bahan pembelajaran. | P3 | Pelaporan dijadikan sebagai pembelajaran | Sebagai pembelajaran | Pemahaman tentang manfaat budaya pelaporan patient safety | Pemahaman perawat mengenai budaya pelaporan patient safety |
| Agar lebih teliti dalam bekerja. Yang mendapatkan kejadian itu dapat dijadikan pembelajaran untuk tidak mengulangi lagi. Kita juga mengontrol agar tidak mengulangi kesalahan itu lagi. | P4 | | | | |
| Sejauh ini dari yang pernah saya dengar tidak ada namanya sanksi cuman teguran agar lebih teliti lagi biar tidak terjadi hal demikian lagi. Tegurannya saya rasa tidak begitu keras cuman memang harus kita tetap sinkronkan bagaimana bisa terjadi, saat apa itu terjadi memang harus tetap ada pelaporan biar menjadi masukan dan menjadi pembelajaran buat kita semua demi keselamatan pasien. | P13 | | | | |
| Kegunaannya kalau bagi saya sangat bagus dan bermanfaat karena dari pelaporan ini kita belajar bahwa hal tersebut salah dan terjadinya insiden itu jadi warning bagi kami bahwa untuk kedepannya supaya tidak terjadi kejadian seperti ini. Makanya budaya pelaporan itu harus betul-betul dijalankan diunit agar menjadi masukan bagi kami, menjadi warning bagi kami juga agar kejadian tersebut tidak terjadi lagi. | P1 | Menjadi pembelajaran bagi semua staf | | | |
| Menurut saya pelaporan ini harus dibudayakan, harus dilaporkan jangan di simpan sendiri karena ini akan menjadi salah satu bahan pembelajaran kita untuk meningkatkan kualitas pelayanan, bisa menjadi pembelajaran kepada semua staf yang lain agar lebih safety bekerja. Patient safety ini harus menjadi budaya yang setiap hari kita harus lakukan, tidak perlu takut, tidak perlu cemas akan apa yang kita lakukan dengan melakukan pelaporan ini. | P5 | | | | |
| Kalau dulu mungkin ada teguran, tapi mungkin yang kedepannya ini teguran itu sudah bukan menjadi sesuatu yang ditakuti tetapi menjadi masukan dan pembelajaran untuk masing-masing unit agar sadar dimana letak kesalahan yang sudah dibuat. | P1 | Teguran dijadikan sebagai masukan dan pembelajaran | Pencegahan resiko cedera | | |
| Yang kita harapkan bahwa dengan kejadian KPC dan nyaris cedera itu terlaporkan setiap saat supaya tidak terulang ke pasien lain, dan supaya tidak terjadi kejadian KTD dan sentinel. | P1 | Tidak terjadi insiden yang sama pada pasien lain | | | |
| Kalau dari saya sebagai koordinator sebenarnya Ners, budaya teman-teman untuk melaporkan masih kurang. Perlu digalakkan untuk budaya pelaporan prosedur keselamatan pasien karena kalau kita melaporkan artinya kita mencegah jangan sampai kejadiannya terulang kembali. | P2 | | | | |
| Pernah, tapi saya cuman melaporkan kronologisnya. Kegunaan kita melaporkan kejadian itu supaya tidak terulang kembali kejadian yang seperti itu. | P3 | | | | |

| Pernyataan | Sumber | Kata Kunci | Kategori | Sub Tema | Tema |
|---|--------|---|-----------------------|-----------|------|
| Agar lebih teliti dalam bekerja. Yang mendapatkan kejadian itu dapat dijadikan pembelajaran untuk tidak mengulangi lagi. Kita juga mengontrol agar tidak mengulangi kesalahan itu lagi. | P4 | | | | |
| Rasanya agak lega, karena sudah terjadi dan kita melapor supaya tidak ada kejadian lagi. | P9 | | | | |
| Kadang-kadang kita sendiri takut untuk melaporkan, kalau misalnya kita melaporkan nanti ketahuan kenapa seperti itu, dapat sanksi. Tapi kan memang setidaknya harus dilaporkan supaya mencegah terjadinya kejadian yang kedua kalinya. | P11 | | | | |
| Kalau masalah perasaan memang gundah juga sih untuk melaporkan karena memang keselamatan pasien memang harus yang utama, tapi itulah gunanya kita melakukan kalau ada masalah yang terjadi bisa memberikan kita masukan. Membuat kita lebih teliti lagi supaya menghindari kejadian-kejadian seperti itu terulang kembali. | P13 | | | | |
| Yang kita harapkan bahwa dengan kejadian KPC dan nyaris cedera itu dilaporkan setiap saat supaya tidak terulang ke pasien lain, dan supaya tidak terjadi kejadian KTD dan sentinel. | P1 | Tidak terjadi KTD dan kejadian sentinel | | | |
| Kita harapkan dari pelaporan itu tidak ada kejadian yang tidak diharapkan terjadi atau kejadian sentinel. | P2 | | | | |
| Untuk mencegah dan menghindari hal-hal yang tidak diinginkan sebelum terjadi. | P12 | Untuk mencegah kejadian yang tidak diinginkan | | | |
| Tujuannya adalah untuk mencari data, mencari kejadian atau insiden yang merugikan pasien, mencari kesalahan atas tindakan yang tidak diinginkan pada saat dinas karena akan berbahaya bagi pasien. | P6 | Mencari kejadian atau insiden yang merugikan pasien | Menemukan data | | |
| Dengan adanya budaya pelaporan insiden keselamatan pasien kita harapkan bahwa kejadian hari ini tidak terjadi lagi esok hari dan seterusnya. Jadi ada solusi dari kejadian itu, sehingga kejadian tersebut tidak terulang kembali. Itulah gunanya kita lakukan pelaporan kejadian insiden keselamatan pasien. Yang kedua, dengan adanya kejadian tersebut kita bisa mengubah alur atau SPO atau melakukan penanganan segera agar tidak terjadi cedera lebih lanjut pada pasien. | P2 | Dapat menjadi acuan untuk memperbaiki alur dan SPO | Acuan perbaikan SPO | | |
| Menurut saya harusnya dilaporkan karena hal tersebut bisa menjadi salah satu pengalaman sehingga dapat memperoleh pembinaan baik berupa sosialisasi kembali terkait patient safety. | P5 | Menjadi pengalaman dalam melaporkan | Pengalaman melaporkan | | |
| Menurut saya sudah bagus, karena kami selalu ada pelatihan-pelatihan. Jadi menurut saya | P3 | Kebijakan pelaporan | Kebijakan pelaporan | Pemahaman | |

| Pernyataan | Sumber | Kata Kunci | Kategori | Sub Tema | Tema |
|--|--------|--|-------------------------------------|--|------|
| sudah bagus dan maksimal. | | <i>patient safety</i> di RS sudah berjalan | | tentang Kebijakan dan SPO pelaporan patient safety | |
| Sejauh ini masih baik. Misalnya jika ada kejadian langsung ada penanganannya atau umpan baliknya dari pimpinan. | P4 | | | | |
| Kebijakan sudah ada dan sudah terlaksana dengan baik. Namun, hal yang sangat diharapkan oleh kami adalah bagaimana penyelesaian atau solusi, implementasi dan evaluasi dari kejadian yang dilaporkan tersebut. | P5 | | | | |
| Kebijakan dalam patient safety menurut saya sudah bagus alurnya, sudah teratur dan mantap. Jika ada pelaporan di system maka tim juga akan segera mencari orang yang melaporkan untuk mengecek kembali pelaporannya apakah betul terjadi. | P6 | | | | |
| Ada pedomannya disistem. Jadi di sistem ada SPOnya yang bisa dibuka kapan saja. Kebijakannya sudah di sosialisasikan. | P7 | | | | |
| Ada, dalam bentuk SPO didalam sistem yang semua bisa mengakses. Kebijakan ini disosialisasikan secara materi dan bagian audit masuk keruangan untuk meminta cleaning service, perawat, dokter untuk mempraktikkan 6 langkah cuci tangan. | P8 | | | | |
| Yang dilaporkan itu kejadian yang seperti KNC, KTD, Sentinel, KPC. Kejadian nyaris cedera itu misalnya pemberian obat, kalau misalnya obat yang sama namanya tapi beda dosisnya seperti Amiodarem. | P9 | Perawat sudah tahu jenis IKP yang wajib dilaporkan | Jenis insiden yang wajib dilaporkan | | |
| IKP kan misalnya tentang lampu, pasien bisa jatuh karena dalam keadaan gelap apalagi lansia. Kemudian AC bocor, yang saya laporkan itu yang IKP. | P10 | | | | |
| Iya, kalau ditemukan adanya kejadian/insiden di tempat pelayanan itu kita identifikasi dulu masalahnya apa, setelah itu kita kaji kesalahannya dimana, setelah itu kita laporkan. Disitu dijelaskan kronologisnya, terus bagaimana penanganannya dan harus dilaporkan ke siapa. Nanti setelah itu laporan kami langsung sampai ke bagian mutu, nanti bagian mutu langsung melihat dan identifikasi langsung ke unit, ke tempat terjadinya insiden. | P1 | Menjelaskan kronologis terjadinya IKP pada laporan | Kronologis kejadian | | |
| Selain melaporkan dalam link, kami juga membuat kronologis dari awal sampai terjadinya insiden. | P7 | | | | |
| Kita jelaskan kronologis insidennya misalnya pada jam segini saya menyuntikkan obat ternyata instruksinya begini. | P8 | | | | |
| Dilaporkan kronologisnya kenapa, pasien dari jam berapa itu, apakah hand rail nya terpasang dengan baik, bednya dekat dengan pasien. Seumpama dia lansia, apa tempat tidurnya di rendahkan atau tidak semuanya itu dicari, terus bagaimana keadannya, berapa tensinya, apakah dia memang ada pusing atau bagaimana, adakah bingung atau bagaimana, pencahayaannya juga. | P10 | | | | |
| Ini targetnya kalau ada kejadian kami membuat laporan. Kalau target untuk satu bulan itu | P2 | Jika ada insiden wajib | Waktu pelaporan | | |

| Pernyataan | Sumber | Kata Kunci | Kategori | Sub Tema | Tema |
|---|--------|---|--|---|----------------------------|
| tidak mesti seperti itu. Jadi kalau ada insiden keselamatan pasien wajib kami laporkan setiap saat, kapanpun itu. Tidak mesti dalam satu bulan satu laporan, jadi setiap ada kejadian pasti kami laporkan. | | dilaporkan saat itu juga | insiden | | |
| Pastinya setiap bulannya ada pelaporan. Yang mendapatkan kejadian segera melaporkan. | P4 | | | | |
| Pengalaman saya ketika ada kasus terkait patient safety misalnya pasien risiko jatuh yang bisa disebabkan karena adanya genangan air dilantai atau pasien-pasien yang memang memiliki risiko jatuh maka akan segera dilakukan penanganan misalnya yang pertama yaitu melakukan pelaporan bahwa ada genangan air yang berisiko membuat pasien jatuh. | P5 | | | | |
| Iya biasanya begitu. Kalau kami dapatkan terjadi kejadian kami langsung laporkan. | P7 | | | | |
| Langsung dilaporkan. Batas waktu tidak ada. Pokoknya setiap ada kejadian harus tetap dilaporkan langsung, jangan sampai berlarut-larut supaya segera di tindak. | P10 | | | | |
| Selama ini tidak ada punishment bagi perawat atau petugas untuk melaporkan terjadi insiden keselamatan pasien. | P2 | Tidak ada <i>punishment</i> pada staf yang melaporkan IKP | Tidak ada punishment pada staf | Pemahaman mengenai punishment bagi yang melapor | |
| Tidak ada. Karena kita melaporkan untuk mengurangi terjadinya kesalahan yang sama. Jadi ada solusi yang diberikan. Untuk sanksi tidak ada | P8 | | | | |
| Masukannya misalnya sih kalau kami melaporkan itu tidak ada sanksi, jadi misalnya kami melaporkan dicari salahnya dimana, terus apa yang harus dibenahi lagi, kalau ditambah lagi kami sudah melaporkan kesalahan di tambah lagi kita dapat hukuman atau sanksi, pasti tidak ada yang mau melapor. | P12 | | | | |
| Sejauh ini dari yang pernah saya dengar tidak ada namanya sanksi cuman teguran agar lebih teliti lagi biar tidak terjadi hal demikian lagi. | P13 | | | | |
| Harus kembali ke standarnya bahwa budaya pelaporan itu harus betul-betul dibudayakan. Kenapa harus takut kan sesuatu yang kita kerjakan itu bisa saja terjadi suatu kesalahan. Dari situ menjadi peringatan untuk kita juga. Jadi saya rasa sebaiknya jangan ada rasa takut akan disalahkan. Karena sekarang pun juga dari pihak manajemen tidak memberikan suatu sanksi yang berat. Bukan semacam sanksi yang tidak boleh melakukan ini atau itu | P1 | Perawat tidak diberikan <i>punishment</i> | | | |
| Tidak ada yang pernah mendapatkan punishment tetapi ada rasa takut dan khawatir dari dalam diri. | P5 | | | | |
| Kalau dari segi pelaporannya itu, dalam sebulan ada laporan sekian kejadian IKP. Dari situ, disampaikan bahwa dalam sebulan si A ada sekian kejadian IKP, tapi tidak diberikan punishment. Dari segi itu bisa disampaikan ke teman-teman bahwa ayo melapor karena tidak ada punishment untuk itu. | P1 | Disampaikan dalam sebulan si A ada kejadian IKP tapi tidak diberikan punishment | Dijelaskan contoh kasus dan tidak ada punishment | | |
| Bisa di akses melalui system atau computer, di rumah sakit kami ini sudah menggunakan | P5 | RS sudah | Pelaporan | Penyediaan | Prasarana penunjang |

| Pernyataan | Sumber | Kata Kunci | Kategori | Sub Tema | Tema |
|---|--------|--|-------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| system elektronik sehingga sangat mudah untuk mengaksesnya. | | menggunakan sistem pelaporan elektronik | menggunakan sistem elektronik | aplikasi pelaporan patient safety | pelaporan patient safety |
| Kami melaporkannya di sistem yang sudah tersedia, disitu diceritakan kejadiannya karena apa terus insidennya apa, KNC, KPC, KTC atau sentinel. Disitu dijelaskan kronologisnya, terus bagaimana penanganannya dan harus dilaporkan ke siapa. | P1 | Semua pelaporan IKP dilakukan melalui sistem | | | |
| Apabila terjadi IKP, ada sistem pelaporannya lewat e-mail. | P8 | | | | |
| Dulu ada tapi sekarang sudah by system, IKP nya otomatis terkirim ke koorporate. | P11 | | | | |
| Untuk pelaporan terkait insiden Patient safety itu ada link pelaporannya Ners. Masing-masing unit kita siapkan linknya, jadi misalnya ada insiden keselamatan pasien, teman-teman bisa langsung mengisi link tersebut. Nanti dalam link akan dimasukan email unit agar nanti begitu laporannya sampai ke mutu akan kembali ke unit apakah perlu di verifikasi atau tidak, begitu. | P2 | Pelaporan IKP melalui link yang sudah disediakan | Pelaporan melalui link | | |
| Untuk saat ini masih baik karena menggunakan link, jadi bisa langsung diketik dan dibuatkan laporannya. Sejauh ini, sudah bagus untuk pelaporannya, jadi siapapun yang dapat kejadian itu bisa langsung dimasukan dalam link. | P4 | | | | |
| Pelaporan patient safety di rawat inap, jika terjadi kejadian kita melapor melalui link setelah itu melapor ke kepala ruangan atau koordinator dan kemudian melapor ke penanggung jawab ruangan pada saat itu. Setelah melapor lewat link maka kemudian tim patient safety akan melihat laporan dan akan memfollow up ke kepala ruangan. | P6 | | | | |
| Ada, misalnya didapatkan kasus dalam ruangan, kami melaporkan melalui link. Kemudian diteruskan ke bagian sub komite mutu. Terakhir di followup oleh direktur. | P7 | | | | |
| Biasanya misalnya saya mengalami kejadian insiden keselamatan pasien, saya melaporkan ke PJ terus melapor juga ke koordinaor, kemudian saya sendiri yang membuat pelaporannya dan masukkan dalam link. | P8 | | | | |
| Pelaporan ada, pedoman pelaporannya itu melalui system. Misalnya terjadi insiden kita tinggal melaporkan melalui system, nanti ada beberapa yang harus kita isi. | P11 | | | | |
| Ada link nya yang diisi untuk melaporkam insiden yang ditemukan. | P12 | | | | |
| Untuk link pelaporan jika ada kejadian insiden sudah ada link dan bisa diakses lewat sistem di ruangan. Bagi teman-teman yang dirumah, jika pada saat dinas tidak sempat membuat laporan kejadian dalam link RS, dia dapat masukan laporan lewat rumah. Jadi linknya bisa di akses lewat rumah lewat hape masing-masing. | P2 | Link pelaporan dapat diakses di komputer saat dinas atau Hp ketika di rumah oleh semua petugas | | | |
| Jika sesama teman sejawat kita koordinasi terlebih dahulu ke kepala ruangan, kemudian kepala ruangan yang memberi masukan, apakah ini wajib dilapor atau diselesaikan di | P6 | Perawat kordinasi dengan | Kordinasi dengan KARU | Alur pelaporan patient safety | |

| Pernyataan | Sumber | Kata Kunci | Kategori | Sub Tema | Tema |
|---|--------|---|---|--|------|
| ruangan tersebut. | | koordinator/KARU sebelum melapor | | | |
| . Kalau pelaporan itu, kalau misalnya ada terjadi pasti kami melapor. Pertama kami melapor sesuai alur kami melapor ke koordinator, ke PJ. Kalau saya sebagai perawat pelaksana, saya melapor ke PJ dulu, PJ melaporkan ke Koordinator, nanti koordinator melaporkan ke bagian patient safety. | P9 | Perawat melaporkan temuan pada PJ shift atau koordinator/KARU | Perawat melapor pada PJ shift atau koordinator/KARU | | |
| Ada prosedurnya. Pertama dari unit dahulu, kemudian akan diteruskan ke KPRS, dan kemudian diteruskan ke direktur. | P4 | Pelaporan mulai dari unit ke tim <i>patient safety</i> diteruskan ke direktur | Dari unit ke komite mutu | | |
| ya, kalau ditemukan adanya kejadian/insiden di tempat pelayanan itu kita identifikasi dulu masalahnya apa, setelah itu kita kaji kesalahannya dimana, setelah itu kita laporkan. Nanti setelah itu laporan kami langsung sampai ke bagian mutu, nanti bagian mutu langsung melihat dan identifikasi langsung ke unit, ke tempat terjadinya insiden. | P1 | Pelaporan ditujukan ke komite mutu | | | |
| Ada, misalnya didapatkan kasus dalam ruangan, kami melaporkan melalui link. Kemudian diteruskan ke bagian sub komite mutu. Terakhir di followup oleh direktur. | P7 | | | | |
| Saya tidak terlalu ingat alur pelaporannya. Misalnya saya perawat pelaksana kita lapor dulu ke PJ shift, lalu ke koordinator. Kemudian koordinator melaporkan ke bagian IKP. | P8 | Koordinator/KARU melaporkan temuan IKP pada tim <i>patient safety</i> | | | |
| Kami harus melapor ke PJ dulu bu, terus nanti PJ yang laporkan ke koordinator, koordinator kemudian melapor ke patient safety, nanti di dokumentasikan. | P9 | | | | |
| Nanti kita tulis IKPnya dulu apa kejadiannya. Nah, nanti kita lapor juga ke coordinator mungkin nanti coordinator melaporkan ke bagian yang bersangkutan nanti diresamble, dilihat masalahnya dimana, kalau misalkan sudah didapatkan, dilakukan yang namanya pembenahan agar tidak terjadi kembali masalah yang sama. | P11 | | | | |
| Ada di standar SKP terkait macam-macam kejadian keselamatan pasien dan contohnya, dari situ jadi pedoman dan teman-teman jadi tahu kejadian yang perlu dilaporkan. | P1 | Ada pedoman kategori insiden yang harus dilaporkan | Pedoman dan SPO jenis insiden ada di tiap unit | Tersedianya Pedoman dan SPO Pelaporan patient safety | |
| Kalau tertulis ada pedoman apa yang perlu dilaporkan dan disosialisasikan di kelas diklat RS. | P5 | | | | |
| Ada pedomannya kategori insiden yang harus dilaporkan. | P9 | | | | |
| Kalau SPO untuk pelaporan IKP ada, terus misalnya kalau insiden-insiden yang harus di laporkan itu, semua insiden yang menyangkut pasien harus di laporkan. | P11 | | | | |
| Ada SPO dan aturan mengenai pelaporan patient safety di rumah sakit ini. | P5 | Ada pedoman dan SPO pelaporan IKP di | | | |
| Pedoman pelaporan juga ada di tiap unit. Sudah tersosialisasi semuanya. | P10 | | | | |

| Pernyataan | Sumber | Kata Kunci | Kategori | Sub Tema | Tema |
|---|--------|---|---|--------------------------------------|---|
| Pelaporan ada, pedoman pelaporannya itu melalui system. Misalnya terjadi insiden kita tinggal melaporkan melalui system, nanti ada beberapa yang harus kita isi. | P11 | tiap unit | | | |
| Ada pedomannya disistem. Jadi di sistem ada SPOnya yang bisa dibuka kapan saja. Kebijakannya sudah di sosialisasikan. | P7 | SPO pelaporan dapat diakses melalui sistem | SPO tersedia dalam sistem | | |
| Hambatannya itu terlalu pegang banyak pasien, jadi buru-buru kerja, dimakan waktu, belum lagi dokumen yang harus diisi, slot yang menunggu waktu untuk di isi, belum lagi obat yang harus diberikan, itu sih. Keterburu-buruan sebenarnya, yang bikin kita tidak terlalu bisa menerapkan yang namanya patient safety. Kalau kita pegang banyak pasien kan jumlah obat yang harus diberikan, waktu juga mepet, seperti itu sebenarnya. | P11 | Banyak pekerjaan yang harus diselesaikan sehingga pelaporan tertunda | Banyak pekerjaan | Beban kerja | Kendala pelaporan patient safety |
| | | Jumlah pasien tidak sesuai dengan perawat | Pasien lebih banyak dari perawat | | |
| Yang kedua kan perawat tidak standby di nurse station, terkadang pada saat mau membuat laporan, ada bel pasien, jadi otomatis kami langsung ke kamar pasien. | P2 | Kadang saat mau membuat laporan ada bel pasien atau ada dokter visite | Ada dokter visite atau bel pasien | | |
| Setelah itu, bisa saja terlupakan atau bisa juga karena jaringannya pelaporannya tidak terlalu bagus jadinya tidak dilaporkan. | P2 | Ketika jaringan error sehingga pelaporan tertunda | Jaringan error | Kendala jaringan pada saat pelaporan | |
| Biasanya jaringan tidak bagus. Kemudian, kebanyakan teman-teman takut melapor karena takut terkena SP, sebenarnya kan tidak. | P8 | | | | |
| Kalau masalah hambatan hampir tidak ada. Cuma mungkin kalau hambatan pelaporannya biasa per by system kan, mungkin karena jaringan lagi eror pada saat itu bisa lambat atau bagaimana. Tapi tetap semua di konfirmasi ke bagian yang memang untuk pelaporan-pelaporan kalau ada kejadian-kejadian yang terjadi diruangan. Mungkin kendalanya cuman jaringan | P13 | | | | |
| Kami punya fasilitas 5 buah komputer di unit namun, yang bisa digunakan untuk mengakses link pelaporan hanya 2 komputer. Jadi tidak semua komputer bisa mengaksesnya. Terkadang teman-teman punya waktu untuk membuka link tapi komputer sedang dipakai jadi pelaporannya tertunda. | P2 | Tidak semua komputer bisa digunakan mengakses link | Link pelaporan tidak bisa diakses di semua komputer | | |
| Saya tidak terlalu ingat alur pelaporannya. | P8 | Perawat lupa alur pelaporan IKP | Lupa alur pelaporan | Pengabaian insiden | Penyebab pelaporan belum optimal |
| Karena berhubung ada kegiatan, terkadang untuk pelaporan insiden keselamatan pasien dalam 1x24 jam tidak dilaporkan langsung dalam sistem. | P2 | Temuan IKP tidak dilaporkan langsung dalam sistem | Temuan tidak dilaporkan langsung | | |
| Perawat tidak standby di nurse station, terkadang pada saat mau membuat laporan, ada bel pasien, jadi otomatis kami langsung ke kamar pasien. Setelah itu, bisa saja terlupakan | P2 | Lupa menginput pada link atas IKP yang | Lupa menginput | | |

| Pernyataan | Sumber | Kata Kunci | Kategori | Sub Tema | Tema |
|---|--------|--|--|---|------|
| Kendalanya pada saat akan melaporkan ke sistem, terkadang terdengar bunyi bel atau ada dokter visite kami menemani dulu sehingga lupa diinput atau tidak langsung di input. | P7 | ditemukan | | | |
| Cuman memang kadang hal-hal kecil mungkin kurang dilaporkan, seperti KPC yang mungkin jarang dilaporkan. Paling yang dilaporkan itu seperti KNC, fatalnya itu seperti kejadian sentinel. | P1 | KPC jarang dilaporkan | KCP jarang dilaporkan | | |
| Untuk saat ini, saya belum ada pengalaman untuk pelaporan tersebut, karena jarang atau bahkan saya tidak pernah mendapatkan insiden patient safety | P5 | Belum pernah melaporkan karena tidak ada IKP ditemukan | Pelaporan tidak dilakukan karena tidak ada insiden atau sudah teratasi | | |
| Biasanya dilihat dari laporan SOD saja yang mengatakan tidak ada kejadian IKP, tapi dari unit tidak ada dilaporkan kalau memang tidak ada insiden. | P1 | Pelaporan tidak dilakukan jika tidak ada insiden | | | |
| Jika tidak ada kejadian, kami tidak ada laporan. | P2 | | | | |
| Untuk saat ini, saya belum ada pengalaman untuk pelaporan tersebut, karena jarang atau bahkan saya tidak pernah mendapatkan insiden patient safety | P5 | | | | |
| Ya, mungkin pada saat itu langsung teratasi masalahnya, jadi tidak dilaporkan. Contoh saja seperti alat tensi yang pada saat digunakan tidak bagus. Langsung dilaporkan ke bagian maintenance jadi langsung teratasi masalah pada saat itu sehingga tidak langsung dilaporkan. | P1 | IKP tidak dilaporkan jika sudah teratasi | | | |
| Kalau dari saya sebagai koordinator sebenarnya Ners, budaya teman-teman untuk melaporkan masih kurang. Perlu digalakkan untuk budaya pelaporan prosedur keselamatan pasien karena kalau kita melaporkan artinya kita mencegah jangan sampai kejadiannya terulang kembali. Selama ini kan sebenarnya tidak ada punishment bagi perawat atau petugas untuk melaporkan terjadi insiden keselamatan pasien, jadi budaya melaporkan masih harus ditumbuhkan. | P2 | Budaya melaporkan IKP masih kurang | Budaya melaporkan kurang | Pelaporan belum menjadi budaya | |
| Kalau dari manajemen sudah bagus. Namun, dari perawat-perawat yang belum aktif untuk melaporkan temuannya. | P8 | Perawat kurang aktif melaporkan temuan IKP | | | |
| Kalau koordinator tidak ada, kalau saya malah koordinator yang harus mengingatkan, jangan lupa terus IKPnya. Anggota-anggotanya yang sedikit tebal | P11 | Perawat tidak patuh melaporkan IKP | Tidak patuh | | |
| Biasanya kalau begitu karena kurang percaya diri atau kurang yakin. Mungkin bisa dibalang lebih mengutamakan dirinya daripada pasien. | P12 | Kurang yakin dan percaya diri melaporkan temuan | Kurang yakin dan percaya diri | Keyakinan diri perawat dalam melaporkan insiden | |
| Yang dirasakan itu agak bagaimana ya, karena yang kita laporkan itu menyangkut dengan unit lain, ada rasa segan takutnya nanti unit lain yang dapat teguran. | P1 | Merasa segan & takut unit lain mendapatkan | Ragu dan segan melaporkan temuan | | |

| Pernyataan | Sumber | Kata Kunci | Kategori | Sub Tema | Tema |
|---|--------|--|---|---|--|
| | | teguran | | | |
| Ada rasa ragu-ragu untuk melapor, mungkin saja jika tidak ada nama disitu dan hanya ditampilkan nama unit, mungkin bisa meningkatkan budaya pelaporan terkait insiden keselamatan pasien. Cukup nama unitnya saja. | P1 | Perawat ragu dan segan untuk melaporkan temuan IKP | | | |
| Kalau masalah perasaan memang gundah juga sih untuk melaporkan karena memang keselamatan pasien memang harus yang utama, tapi itulah gunanya kita melakukan kalau ada masalah yang terjadi bisa memberikan kita masukan. | P13 | Ada rasa gundah ketika melaporkan temuan IKP | | | |
| Mungkin diruangan lain ada yang belum melaporkan. Misalnya, dokter online obat 3x1 namun pada label obat dituliskan 2x1. Sebenarnya kejadian ini kan harus dilaporkan karena berisiko, namun teman-teman takut saling menyalahkan dengan bagian farmasi akhirnya tidak melaporkan | P8 | Takut saling menyalahkan dengan bagian farmasi | Takut saling menyalahkan | Perasaan takut melaporkan insiden | |
| Pasti ada rasa ketakutan, deg-degan, khawatir akan ada punishment atau hukuman dan pasti ada pembinaan | P5 | Takut dan khawatir diberikan <i>punishment</i> | Takut diberikan punishment saat melapor | | |
| Ada peringatan-peringatan, tetapi tidak ada hukuman. | P7 | | | | |
| Kalau masalah budaya pelaporan sebenarnya, itulah tadi yang bisa menjadi penghambat budaya pelaporan sebenarnya rasa ketakutan itu yang ada. Orang kadang mau melapor takut juga, takut kena salah, takut kena sanksi | P13 | | | | |
| Kebanyakan teman-teman takut melapor karena takut terkena SP, sebenarnya kan tidak. | P8 | Perawat takut diberikan SP ketika melaporkan IKP | | | |
| Kita lapor ada rasa takut nanti dapat sanksi entah pemotongan apa, pemotongan intesif itu yang di takutkan, entah itu dapat yang namanya SP. Itu yang ditakuti kalau kita melaporkan | P11 | | | | |
| Kadang merasa takut juga melaporkan, karena untuk nama pelapor tetap dimasukkan ke laporan. | P4 | Kadang merasa takut karena nama pelapor tercantum | Takut karena nama tercantum | | |
| Kami menulis nama perawatnya yang melaporkan insiden dalam link. | P7 | | | | |
| Kadang merasa takut karena kan nama kita dicantumkan dalam laporan, tapi itukan bisa untuk jadi lebih baik dan tidak terjadi kesalahan lagi. | P9 | | | | |
| Pertama harus rajin-rajin ikut sosialis. Kalau misalnya takut melapor langsung lewat Mutu. Kita bisa bicara dulu dengan teman atau PJ. Tapi jangan juga bicara sama teman yang penakut. | P12 | Diskusi dengan teman atau PJ jika takut melapor | Diskusi dengan teman | Mendiskusikan temuan insiden atau melapor ke PJ Shift | Strategi mengurangi rasa takut melaporkan insiden |
| Kalau seperti itu, ada rasa takut dan kalau saya pribadi ada rasa seperti itu. Selalu mencari solusinya. Jadi biasanya laporan langsung ke PJ terkait kejadian yang terjadi. Kemudian mencari solusinya. | P4 | Melaporkan langsung ke PJ temuan IKP jika takut | Melapor ke PJ Shift | | |
| Jika ada staf yang melakukan pelaporan maka koordiantor atau kepala ruangan harus merangkul kembali dengan memberikan arahan, masukan terkait dengan apa yang menjadi | P5 | Merangkul perawat yang melapor dengan | Kepala ruangan merangkul perawat | Kepala ruangan menunjukan | |

| Pernyataan | Sumber | Kata Kunci | Kategori | Sub Tema | Tema |
|--|--------|--|---|---|--|
| temuan pada saat itu. | | memberikan arahan dan masukan mengenai temuan insiden | | kepedulian kepada perawat | |
| Kalau dari saya, sosialisasi lebih sering dilakukan. Di briefing juga bisa dijelaskan kembali terkait patient safety. Kemudian, kalau pelaporan mungkin teman-teman masih takut, padahal sudah disosialisasi kan terkait kejadian apa saja yang harus dilaporkan. Perlu pendekatan lebih kepada perawat agar lebih peka, karena jika sering terjadi insiden akan berdampak pada perawat dan RS juga. | P8 | Pendekatan kepada perawat agar lebih peka untuk melaporkan insiden | Kepala ruangan melakukan pendekatan secara personal | | |
| Ya, kalau saya lihat cukup terlibat karena selalu ada kegiatan morning report setiap hari jadi dari situ teridentifikasi juga apakah berjalan kegiatan penerapan patient safety di ruangan. Jadi disitu kelihatan juga pada saat ada laporan dari unit yang masuk ke link pelaporan patient safety. Jadi mereka sangat terlibat, karena mereka langsung merespon pelaporan kami juga. | P1 | Manajemen terlibat aktif dalam pelaporan <i>patient safety</i> | Manajemen terlibat aktif | Dukungan manajemen | Upaya peningkatan budaya pelaporan patient safety |
| Manajemen terlibat aktif karena semua karyawan sudah dibekali dengan sosialisasi sampai contoh-contoh pelaporannya. | P12 | | | | |
| Kalau pengalaman disini, keterlibatan manajemen disini memang sudah maksimal, semaksimal mungkin dilakukan karena setiap saat ada kontrol dari manajemen, keselamatan-keselamatan pasien di ruang tindakan atau di ruang perawatan atau dimana saja. Jadi tetap ada kontrol dari manajemen untuk tetap menjaga jangan sampai terjadi sesuatu yang tidak di inginkan terjadi sama pasien, tetap ada kontrol dari manajemen. | P13 | | | | |
| Koordinator sangat mendukung sekali kalau ada perawat yang melapor, bahkan biasanya juga koordinator melaporkan lagi ke unit, setiap morning report. | P10 | Perawat mendapat dukungan dari koordinator untuk melaporkan IKP | Perawat mendapatkan dukungan | | |
| Kembali pada pribadi masing-masing yang harus membudayakan untuk melaporkan jika ada insiden. Kalau dari segi cara melaporkan sudah cukup bagus. | P1 | Meningkatkan budaya pelaporan dalam diri perawat | Budaya pelaporan | Meningkatkan kesadaran perawat mengenai pentingnya budaya pelaporan | |
| Menurut saya pelaporan ini harus dibudayakan, harus dilaporkan jangan di simpan sendiri karena ini akan menjadi salah satu bahan pembelajaran kita untuk meningkatkan kualitas pelayanan, bisa menjadi pembelajaran kepada teman yang lain agar lebih safety bekerja. Patient safety ini harus menjadi budaya yang setiap hari kita harus lakukan, tidak perlu takut, tidak perlu cemas akan apa yang kita lakukan dengan melakukan pelaporan ini. | P5 | | | | |
| Kita tingkatkan kesadaran budaya pelaporan karena ada beberapa teman ragu-ragu untuk melaporkan kejadian IKP. Karena berpikir ada punishment, padahal selama ini selama berjalan pelaporan kejadian IKP tidak ada punishment. | P1 | Meningkatkan kesadaran perawat tentang budaya | Kesadaran perawat | | |

| Pernyataan | Sumber | Kata Kunci | Kategori | Sub Tema | Tema |
|--|--------|---|------------------------------|---------------------------|------|
| | | pelaporan | | | |
| Menurut saya sudah bagus, karena kami selalu ada pelatihan-pelatihan. Jadi menurut saya sudah bagus dan maksimal. | P3 | Pelatihan <i>patient safety</i> diadakan setiap tahun | Pelatihan patient safety | Pelatihan dan sosialisasi | |
| Selain sosialisasi, ada briefing untuk mengingatkan. Ada pelatihan internal. | P7 | | | | |
| Pengalaman di RS kami ini sudah berjalan dengan bagus terkait patient safety, karena setiap tahun diadakan sosialisasi tentang patient safety dan diterapkan di pelayanan kesehatan. | P8 | | | | |
| Patient safety yang berjalan selama ini ada “briefing dari kami koordinator untuk mengingatkan pada teman-teman bagaimana pelaksanaan patient safety. | P2 | Briefing pelaksanaan 6 SKP oleh koordinator tiap pagi | | | |
| Ada briefing setiap pagi, untuk mengingatkan sasaran keselamatan pasien agar tidak terjadi atau mengurangi kejadian insiden keselamatan pasien. | P3 | | | | |
| Ada briefingnya. Briefingnya selain sosialisasi secara internal biasanya setiap pagi, koordinator ruangan selalu mengingatkan untuk memperhatikan dan meningkatkan patient safety. Kemudian dari pihak manajemen turun ke ruangan. | P7 | | | | |
| Ada briefing, biasanya diruangan koordinator atau teman-teman shift malam ke shift pagi bergantian mengingatkan terkait dengan patient safety. | P8 | | | | |
| Kan semua dilaporkan. Memang karena sudah diberi pelatihan semuanya, jadi setiap ada kejadian tetap melaporkan jangan sampai dikemudian hari timbul lagi masalah. | P10 | | | | |
| Saat di briefing, koordinator yang menyampaikan lagi kepada anggotanya bagaimana patient safety nya, nanti ditanya hapal atau tidak, seperti itu. | P11 | | | | |
| Penerapan patient safety sudah bagus sih, karena sudah rutin dilakukan dan koordinator juga sudah sering melakukan sosialisasi pada saat briefing. | P12 | | | | |
| Yang pertama, kita tetap galakkan sosialisasi atau kerjasama dengan diklat terkait dengan patient safety. Yang kedua, kita bisa berikan reward pada teman-teman berdasarkan rekapan dalam 1 bulan misalnya yang paling banyak melaporkan kejadian KPC, kita bisa memberikan sesuatu seperti coklat atau lainnya. | P2 | Sosialisasi budaya pelaporan secara rutin | Sosialisasi budaya pelaporan | | |
| Ketika kita melaporkan kami berharap dibukakan sosialisasi kembali terkait pemberian obat yang safety yang aman dan kita terapkan di ruangan kemudian kita evaluasi. | P5 | | | | |
| Biasanya diberikan sosialisasi kembali, diingatkan untuk mempelajari kembali SPO. | P7 | | | | |
| Salah satunya dengan sosialisasi, kita dituntut aktif untuk melaporkan insiden, untuk link pelaporan juga bisa kami akses dari rumah ketika lupa melaporkannya. | P8 | | | | |
| Kalau dari saya, sosialisasi lebih sering dilakukan. Di briefing juga bisa dijelaskan kembali terkait patient safety. Kemudian, kalau pelaporan mungkin teman-teman masih takut, padahal sudah disosialisasi kan terkait kejadian apa saja yang harus dilaporkan. Perlu | P9 | | | | |

| Pernyataan | Sumber | Kata Kunci | Kategori | Sub Tema | Tema |
|---|--------|---|------------------------------------|--------------------------|------|
| pendekatan lebih kepada perawat agar lebih peka, karena jika sering terjadi insiden akan berdampak pada perawat dan RS juga. | | | | | |
| Kalau untuk sosialisasinya sudah, biasanya kalau ada lagi yang begitu, perlu diberikan lagi sosialisasi, mereka memberikan sosialisasi lagi untuk semua unit. | P10 | | | | |
| Sosialisasi yang rutin dilakukan. Terus sosialisasi oleh coordinator pada saat briefing mengingatkan kepada anggota-anggotanya jangan lupa IKPnya, kalau ada pasien-pasien yang berpotensi cedera jangan lupa dilaporkan. | P11 | | | | |
| Karyawan sudah disosialisasikan pelaporan patient safety termasuk contoh-contohnya apa saja yang perlu dilaporkan. | P12 | | | | |
| Biasa kalau sebelum melakukan operan, sekali seminggu membacakan SPO. Yang membacakan SPO itu PJ. Setelah dibacakan ada proses tanya jawab sudah mengerti atau belum tentang SPO yang ada di sistem. Kalau PJ tidak mampu menjawab, kami konfirmasi ke koordinator untuk memperjelas kembali. | P9 | SPO disosialisasikan tiap minggu oleh PJ shift | Sosialisasi SPO dan link pelaporan | | |
| Kalau saya sebagai koordinator satu kali seminggu sosialisasikan SPO terkait patient safety dan pelaporannya. | P1 | SPO disosialisasikan tiap minggu oleh koordinator | | | |
| Yang perlu dilaporkan terkait kejadian patient safety, seperti KNC, KPC, KTD, kejadian sentinel. Dari yang sudah disosialisasikan seperti itu. | P8 | Pedoman pelaporan IKP sudah disosialisasikan | | | |
| Kejadian apa saja yang perlu dilaporkan sudah tersosialisasikan | P9 | | | | |
| Pedoman pelaporan juga ada. Sudah tersosialisasi semuanya | P10 | | | | |
| Semua karyawan sudah dibekali dengan sosialisasi sampai contoh-contoh pelaporannya. | P12 | | | | |
| Pengisian link pelaporan pernah sekali diajar oleh divisi mutu. | P9 | Sosialisasi pengisian link pelaporan oleh komite mutu | | | |
| Nanti dalam link akan dimasukan email unit agar nanti begitu laporannya sampai ke mutu akan kembali ke unit untuk di follow up apakah perlu di verifikasi atau tidak, begitu. | P2 | <i>Follow up</i> pelaporan dilakukan tim <i>patient safety</i> melalui <i>email</i> | Follow up | Follow up dan monitoring | |
| Laporan yang kami buat di follow up di email yang dimasukan saat melapor. | P9 | | | | |
| Semuanya memberikan solusi, seumpama ada kekurangannya kami. Jadi diruangan itu tetap memberikan arahan bahwa kalian itu harus begini, begini, begini, ditingkatkan lagi ininya-ininya. | P10 | | | | |
| Kami mengisi di system nanti disistem otomatis terkirim ke koorporate nanti yang bisa memfollow up itu manajemen diatas dan koorporate jadi by system. | P11 | | | | |
| Setelag dilakukan pelaporan, manajemen melakukan follow up pada laporan kami. | P12 | | | | |
| Kalau ada kejadian misalnya ada pasien yang salah pemberian obat langsung cepat direspon | P7 | Koordinator & tim | | | |

| Pernyataan | Sumber | Kata Kunci | Kategori | Sub Tema | Tema |
|--|--------|--|----------------------------|----------------------------|------|
| dan dilaporkan. Tetap juga di follow up oleh koordinator. Bagian manajemen juga cepat memfollow up. | | <i>patient safety</i> melakukan <i>follow up</i> laporan IKP | | | |
| Kebijakan dalam patient safety menurut saya sudah bagus alurnya, sudah teratur dan mantap. Jika ada pelaporan di system maka tim juga akan segera mencari orang yang melaporkan untuk mengecek kembali pelaporannya apakah betul terjadi. | P6 | Pihak manajemen melakukan monitoring ke ruangan | Monitoring | | |
| Briefingnya selain sosialisasi secara internal biasanya setiap pagi, koordinator ruangan selalu mengingatkan untuk memperhatikan dan meningkatkan patient safety. Kemudian dari pihak manajemen turun ke ruangan. | P7 | | | | |
| Ada monitoringnya dari laporan yang ada, namun kendalanya jika tidak berjalan karena perasaan takut melapor. Sebenarnya untuk pelaporan IKP sudah mulai meningkat karena sering diadakan sosialisasi. Bagian IKP juga masuk keruangan untuk memberikan masukan. | P8 | Monitoring pelaporan temuan IKP oleh tim <i>patient safety</i> | | | |
| Monitoring dilakukan manajemen kalau terjadi pelaporan diberikan ke yang bersangkutan langsung untuk mengidentifikasi ke bawahannya. | P11 | | | | |
| Setelah saya melakukan pelaporan kedalam sistem. Tim patient safety memfollow up dan mencari ners yang melapor pada saat itu dan menkonfirmasi kepada saya apakah kejadian tersebut betul terjadi. Tetapi saya tidak mengetahui tindak lanjut tim patient safety setelahnya. | P6 | Tim <i>patient safety</i> memverifikasi laporan perawat | Verifikasi | | |
| Tim patient safety memverifikasi laporan perawat misalnya dipanggil, di wawancara atau ditanyakan tentang laporan yang dibuat. | P9 | | | | |
| Nanti setelah itu laporan kami langsung sampai ke bagian mutu, nanti bagian mutu langsung melihat dan identifikasi langsung ke unit, ke tempat terjadinya insiden. | P1 | Komite mutu memverifikasi langsung ke unit | | | |
| Sejauh ini masih baik. Misalnya jika ada kejadian langsung ada penanganannya atau umpan baliknya dari pimpinan. | P4 | Jika ada IKP langsung ditangani & ditindak lanjuti | Tindak lanjut dan evaluasi | Evaluasi dan tindak lanjut | |
| Biasanya koordinator atau PJ melakukan evaluasi. Ada juga bagian komite yang turun langsung ke lapangan. | P7 | PJ shift/koordinator mengevaluasi pelaporan IKP | | | |
| Penerapannya sudah berjalan karena ada audit yang dilakukan. Misalnya audit ke perawat tentang cuci tangan oleh bagian PPI, kemudian ada audit oplos obat juga tiap 2 kali seminggu. | P8 | Audit penerapan dan pelaporan <i>patient safety</i> secara berkala | Audit | | |
| Yang berjalan selama ini, jika ada pelaporan dalam sistem akan langsung di grading. | P2 | Jika ada pelaporan | Grading | | |

| Pernyataan | Sumber | Kata Kunci | Kategori | Sub Tema | Tema |
|--|--------|---------------------------------------|----------|----------|------|
| Grading mulai dari rendah, sedang dan tinggi. Kalau misalnya gradingnya sedang kita lakukan investigasi sederhana, dari itu ada tindakan jangka panjang dan jangka pendek. Kita saling koordinasi dengan unit terkait dan manajemen, terkait rencana tindakannya. Kalau misalnya kejadian sentinel berarti kita lakukan RCA. Dari RCA itu kita diskusikan dimana masalahnya, apa penyebab masalahnya dan bagaimana cara mengantisipasinya. | | manajemen melakukan <i>grading</i> | | | |