

SKRIPSI

SCOPING REVIEW: BENTUK DAN PENANGANAN INSIDEN

KESELAMATAN PASIEN

Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan di Program Studi

Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan



Oleh:

ELUZAI MEGAHYUNI SEMBE

RO1191128

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2024

LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI

LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI

SCOOPING REVIEW: BENTUK DAN PENANGANAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

Oleh:

ELUZAI MEGAHYUNI SEMBE

R011191128

Disetujui untuk diajukan di hadapan Tim Penguji Akhir Skripsi Program Studi
Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

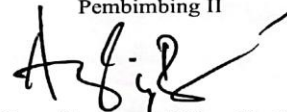
Dosen Pembimbing

Pembimbing I



Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D
NIP. 19800717 200812 2 003

Pembimbing II



Andi Baso Tombong, S.Kep., Ns., M.ANP
NIP. 19861220 2011101 1 007

LEMBAR PENGESAHAN

LEMBAR PENGESAHAN

SCOPING REVIEW : BENTUK DAN PENANGANAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir pada :

Hari/ Tanggal : Jumat, 19 Juli 2024
Waktu : 08.00 WITA - selesai
Tempat : Ruang Etik FKEP

Disusun Oleh :
ELUZAI MEGAHYUNI SEMBE
R011191128

Dan yang bersangkutan dinyatakan
LULUS

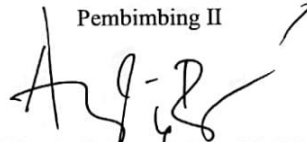
Dosen Pembimbing

Pembimbing I



Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D
NIP. 19800717 200812 2 003

Pembimbing II



Andi Baso Tombong, S.Kep., Ns., M.ANP
NIP. 19861220 2011101 1 007

Mengetahui,



Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan

Dr. Yulfana Syam, S.Kep., Ns., M.Kes
Nip. 197606182002122002

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

PERNYATAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah in :

Nama : Eluzai Megahuyni Sembe

NIM : R011191128

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa Sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut

Demikian penyampaian ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali

Makassar, 12 Juli 2024


Eluzai M. Sembe

ABSTRAK

Eluzai Megahyuni Sembe. R011191128. *Scoping Review: Bentuk Dan Penanganan Insiden Keselamatan Pasien*. Dibimbing oleh Rini Rachmawaty dan Andi Baso Tombong

Latar Belakang: Insiden keselamatan pasien sampai saat ini masih menjadi masalah global dan mendapat perhatian khusus oleh dunia. Menurut *Institute of Medicine (IOM)* pada tahun 2020 Amerika serikat mengalami 98.000 kasus kematian akibat kesalahan medis yang dapat dicegah (*To Err Is Human*, 2000). Sedangkan hasil laporan Komite Nasional Keselamatan Pasien, di Indonesia sendiri tercatat adanya peningkatan insiden keselamatan pasien pada tahun 2019 dengan total insiden 7.465 (Daud, 2020). Meningkatnya angka insiden keselamatan pasien ini membutuhkan manajemen penyelesaian yang tepat agar tidak terjadi insiden yang berulang.

Tujuan: Mengidentifikasi jenis dan penanganan insiden keselamatan pasien yang terjadi di Rumah Sakit.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode *Scoping Review* dengan mencari artikel dan jurnal yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi di 5 database pencarian dengan menggunakan kata kunci yang telah ditetapkan

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa kasus insiden keselamatan pasien harus selalu disertai dengan pelaporan insiden keselamatan pasien. Laporan yang dibuat kemudian menjadi dasar Rumah Sakit untuk memilih Langkah atau tindakan yang akan dilakukan untuk mencegah insiden yang berulang-ulang

Kesimpulan: . Insiden yang terjadi dalam keselamatan pasien dapat mempengaruhi status kesehatan dan kepuasan klien . setiap tindakan yang dilakukan haruslah dilakukan dengan teliti agar mengurangi kejadian tidak diharapkan dalam asuhan keperawatan.

Kata Kunci: Penanganan, Pelaporan, Insiden Keselamatan Pasien

Sumber Literatur : 36 Kepustakaan (2019-2024)

ABSTRACT

Eluzai Megahyuni Sembe. R011191128. *Scoping Review: Forms and Handling of Patient Safety Incidents*. Supervised by Rini Rachmawaty and Andi Baso Tombong

Background: Patient safety incidents are still a global problem and receive special attention from the world. According to the Institute of Medicine (IOM), in 2020 the United States experienced 98,000 deaths due to preventable medical errors (To Err Is Human, 2000). Meanwhile, according to the National Patient Safety Committee report, in Indonesia itself there was an increase in patient safety incidents in 2019 with a total of 7,465 incidents (Daud, 2020). The increasing number of patient safety incidents requires appropriate management to ensure that repeated incidents do not occur.

Objective: Identify the types and handling of patient safety incidents that occur in hospitals.

Method: This research uses the Scoping Review method by searching for articles and journals that match the inclusion and exclusion criteria in 5 search databases using predetermined keywords

Results: The research results show that patient safety incident cases must always be accompanied by patient safety incident reporting. The report made then becomes the basis for the Hospital to choose steps or actions to be taken to prevent repeated incidents

Conclusion: . Incidents that occur in patient safety can affect health status and client satisfaction. Every action taken must be carried out carefully in order to reduce unexpected events in nursing care.

Keywords: Handling, Reporting, Patient Safety Incidents

Literature Source: 36 Literature (2019-2024)

KATA PENGANTAR

Puji dan Syukur dipanjatkan kepada Tuhan yang Maha Esa atau segala kasih dan berkatNya sehingga penulis dapat sampai pada tahap ini dan dapat menyelesaikan proposal yang berjudul “*Scoping Review: Bentuk dan Penanganan Insiden Keselamatan Pasien*”. Proposal ini berisi rancangan penelitian yang akan dilakukan oleh penulis. Proposal ini merupakan salah satu syarat dalam penulisan skripsi untuk menyelesaikan studi. Dalam penyusunan proposal penelitian ini, penulis mengalami kesulitan dan penulis menyadari dalam penulisan proposal penelitian ini masih jauh dari kesempurnaan. Untuk itu, penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan proposal penelitian ini. Proses penulisan proposal ini tidak lepas dari bantuan serta dukungan dari berbagai pihak yang telah memberi arahan, bimbingan, dukungan, semangat, motivasi dan doa untuk menyelesaikan proposal penelitian ini. Penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Tuhan Yesus atas segala berkat dan kasih-Nya yang memampukan penulis untuk menyelesaikan proposal ini.
2. Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kep., M.Si sebagai Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
3. Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., M.Si sebagai Kepala Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
4. Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D selaku dosen pembimbing I yang telah meluangkan waktunya dalam memberikan bimbingan dan saran untuk menyelesaikan penyusunan proposal ini.

5. Andi Baso Tombong., S.Kep., Ns., M.ANP selaku dosen pembimbing II yang telah meluangkan waktunya dalam memberikan bimbingan dan saran untuk menyelesaikan penyusunan proposal ini.
6. Arnis Puspita R., S.Kep., Ns., M.Kes dan Indra Gaffar, S.Kep., Ns., M.Kep sebagai dosen penguji yang telah meluangkan waktunya untuk memberikan saran dalam penyusunan proposal ini.
7. Seluruh Dosen, Staf Akademik, dan Staf Perpustakaan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin yang banyak membantu Selma proses perkuliahan dan penyusunan proposal ini.
8. Kepada orangtua penulis yang selalu mendukung dan senantiasa mendokan, dan memberikan semangat kepada penulis untuk menyelesaikan proposal ini.
9. Kepada sahabat-sahabat penulis Jier, Maya, Icha, Yuni, Linda, Tasya, Helen, Amel, Devi, Amanda, Winny, Trixi yang senantiasa mendukung serta memberi motivasi kepada penuls hingga menyelesaikan proposal ini

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SKRIPSI	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	iv
ABSTRAK.....	v
ABSTRACT.....	vi
KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR BAGAN.....	xii
BAB I.....	1
PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian.....	8
E. Kesesuaian dengan RoadMap Prodi	8
BAB II.....	9
TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Tinjauan Umum Keselamatan Pasien	9
B. Tinjauan Umum Insiden Keselamatan Pasien.....	15
C. Tinjauan Umum Penanganan Insiden Keselamatan Pasien	19
D. Tinjauan Umum <i>Literature Review</i>	26
2. Jenis – Jenis <i>Scoping review</i>	27
3. Tujuan <i>Literatur Review</i>	30
E. Originalitas Penelitian	31
BAB III.....	35
KERANGKA KONSEP	35
A. Kerangka Konsep	35
BAB IV.....	36
METODOLOGI PENELITIAN.....	36
A. Desain Penelitian	36
B. Variable Penelitian	36

C. Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	36
D. Identifikasi Pertanyaan Review.....	37
E. Strategi Pencarian Literature	37
F. Ekstrasi Data.....	39
G. Analisa Data	39
H. Etika Penelitian	39
BAB V.....	41
REVIEW DAN PEMBAHASAN	41
A. Hasil Review	41
B. Pembahasan.....	46
C. Keterbatasan Penelitian.....	52
BAB VII.....	53
PENUTUP.....	53
A. Kesimpulan.....	53
B. Saran	53
DAFTAR PUSTAKA	55

DAFAR TABEL

Tabel 1..... 26

Tabel 2..... 32

Tabel 3..... 33

Tabel 4..... 43

Tabel 5..... 43

DAFTAR BAGAN

Bagan 1..... 30

Bagan 2..... 41

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari kejadian tidak diharapkan, kejadian nyaris cedera, kejadian tidak cedera dan kejadian potensial cedera (Departemen Kesehatan RI, 2011). Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2009 menetapkan bahwa ada empat faktor yang menyebabkan insiden keselamatan pasien yaitu faktor organisasi, faktor kerja tim, faktor lingkungan, dan faktor individu. Dari keempat faktor tersebut, faktor organisasi dan kerjasama tim memiliki pengaruh yang paling signifikan terhadap masalah keselamatan pasien. Faktor organisasi yaitu budaya keselamatan, kepemimpinan, dan komunikasi. Sedangkan faktor kerjasama tim terdiri dari *teamwork* dan *leadership* (Pratama, 2023).

Insiden keselamatan pasien sampai saat ini masih menjadi masalah global dan mendapat perhatian khusus oleh dunia. Menurut *Institute of Medicine* (IOM) pada tahun 2020 Amerika Serikat mengalami 98.000 kasus kematian akibat kesalahan medis yang dapat dicegah (*To Err Is Human*, 2000). Sedangkan hasil laporan Komite Nasional Keselamatan Pasien, di Indonesia sendiri tercatat adanya peningkatan insiden keselamatan pasien

pada tahun 2019 dengan total insiden 7.465 insiden dimana 38% adalah kejadian nyaris cedera, 31% kejadian tidak cedera, dan 31% kejadian tidak diharapkan. Sehingga, pada tahun 2019 terjadi 171 kematian, 80 cedera berat, 372 cedera sedang, 1.183 cedera ringan, dan 5.659 tidak ada cedera. Terdapat 2.877 rumah sakit terakreditasi di Indonesia namun hanya 12% insiden keselamatan yang tercatat (Daud, 2020). Meningkatnya angka insiden keselamatan pasien ini membutuhkan manajemen penyelesaian yang tepat agar tidak terjadi insiden yang berulang.

Di Rumah Sakit Stella Maris sejak tahun 2015-2017 terdapat insiden keselamatan pasien di beberapa unit yaitu laboratorium, loket, farmasi, ruang perawatan, kamar operasi dan dokter. Pada tahun 2015 terdapat 6 kasus KTD, 8 kasus KNC, dan 5 kasus KTC. Pada tahun 2016 terdapat 3 kasus KTD, 9 kasus KNC, 7 kasus KTC, dan 1 kasus sentinel sedangkan tahun 2017 terdapat 5 kasus KTD, 5 kasus KNC, dan 4 kasus KTC (Beda et al., 2019)

Di RSUD Kota Makassar Tahun 2019 ditemukan kasus insiden pada bulan April-Desember menunjukkan 1 kasus kejadian tidak diharapkan (KTD), 22 kasus kejadian tidak cedera (KTC), 1 kasus kejadian potensial cedera (KPC), 11 kasus kejadian nyaris cedera (KNC). Hal ini diduga bahwa pengetahuan, sikap dan motivasi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien secara aman merujuk pada penerapan program patient safety belum optimal (Zarui, 2021).

Berdasarkan sebuah penelitian di RSUD Labuang Baji Makassar, diperoleh jumlah Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di instalasi rawat inap RSUD Labuang Baji Makassar pada tahun 2019 ditemukan sebesar 6,5% KTD infeksi jarum infus(phlebitis), salah pemberian obat 1,5% dan beberapa kasus pasien jatuh (Rahmi et al., 2021)

Laporan-laporan tersebut menunjukkan bahwa kasus KTD merupakan hal yang sangat serius, dan jika tidak diperhatikan maka akan menimbulkan kasus-kasus lainnya. Tujuan diterapkan keselamatan pasien adalah untuk mencegah *error* dan menurunkan jumlah insiden keselamatan pasien. Namun, pelayanan kesehatan sampai saat ini belum terlepas dari kasus-kasus KTD. Bahkan insiden keselamatan pasien disebut sebagai fenomena gunung es dalam system pelayanan kesehatan, karena yang terdeteksi umumnya adalah *adverse event*. Sebagian besar yang lain cenderung tidak dilaporkan, tidak dicatat atau justru tidak mendapatkan perhatian kita.

Pada tahun 2018 di rumah sakit swasta X di Tangerang terjadi insiden pemberian obat pada Tn. H yang berusia 33 tahun dan rawat inap. Saat perawatan hari ke-2 mendapatkan resep obat analgesik tablet yang diminum 3x sehari 1 tablet. Pasien menyampaikan ke perawat bahwa pasien mempunyai Riwayat alergi terhadap obat antalgin, namun saat pasien memberitahu perawat bahwa ia alergi terhadap antalgin, perawat menyampaikan "iya pak, nanti dengan dokternya...". selanjutnya pasien mendapatkan obat paten antalgin karena dokter tidak mengetahui informasi

tersebut dan pasien juga tidak tahu bahwa obat paten tersebut terkandung antalgin. Bibir pasien menjadi bengkak, gatal-gatal dan merah pada kulit. Bagian manajemen rumah sakit (direktur beserta jajarannya) tidak mengetahui kejadian yang dialami pasien. Dari kasus ini, kesalahan perawat yaitu tidak memperhatikan dan mengecek kembali adanya alergi pada saat pemberian obat. Mengambil tindakan, pihak rumah sakit pun melakukan sosialisasi dengan memastikan bahwa selalu memperhatikan catatan alergi dan lembar pengkajian lainnya, juga agar membiasakan melakukan *double check* jika memungkinkan (Tasik, 2019).

Menurut Hwang (2019), faktor faktor yang memengaruhi rendahnya pelaporan insiden keselamatan adalah sebagai berikut: takut disalahkan, komitmen kurang dari manajemen dan unit terkait, tidak ada reward dari rumah sakit jika melaporkan, tidak tahu batasan mana atau apa yang harus dilaporkan, sosialisasi insiden keselamatan pasien belum menyeluruh ke semua staf, belum ikut pelatihan tentang keselamatan pasien untuk semua staf rumah sakit, selain itu juga hal yang menyebabkan rendahnya pelaporan Insiden, yaitu: kurangnya pemahaman petugas untuk melaporkan insiden keselamatan pasien, kurang optimalnya pelaksanaan sistem pelaporan Insiden keselamatan pasien, ketakutan untuk melapor dan tingginya beban kerja tenaga kesehatan (Hwang et al., 2019)

Kolaborasi antar departemen dapat mempengaruhi terjadinya kasus. Contohnya adalah ketika perawat dan tim laboratorium dengan jelas mengambil darah untuk tes rutin. Terjalin kerja sama yang baik antar

departemen, sehingga tidak terjadi insiden, begitupun sebaliknya. Kolaborasi antar unit rumah sakit diperlukan karena rumah sakit memiliki tim/unit yang berbeda seperti ruang operasi, unit perawatan intensif, unit farmasi, unit gizi, dll. (Wianti et al., 2021)

Keterbukaan komunikasi merupakan kunci untuk melakukan pelayanan kesehatan yang baik. Kesalahan berkomunikasi dalam dunia medis dapat menyebabkan hal yang fatal. Komunikasi ini tidak hanya terjadi antara tenaga medis dengan pasien saja, tetapi meliputi komunikasi antar tenaga medis (perawat dengan perawat, perawat dengan dokter, dokter dengan dokter), antara tenaga media dengan tenaga kesehatan lainnya (Ambarwati Lestari & Devi Fitriani, 2021).

Beberapa solusi telah diterapkan oleh Manajemen Rumah Sakit, antara lain: menetapkan dan mensosialisasikan kebijakan, pedoman, dan prosedur operasi standar untuk penerapan identifikasi pasien yang akurat oleh Kelompok Kerja Sasaran Keselamatan Pasien kepada seluruh elemen pemberian layanan terkait, serta meningkatkan dan mengevaluasi kualitas pasien laporan pagi, rapat rutin, dan rapat dinas internal khusus (Solehudin & dkk, 2023).

Dalam program pelaporan Insiden Keselamatan Pasien terdapat metode untuk menganalisis dan memecahkan masalah insiden keselamatan pasien. Salah satunya adalah dengan metode *RCA (Root Cause Analysis)*. Dalam pelaksanaan *Root Cause Analysis* dibutuhkan peningkatan pengetahuan, kemampuan melakukan identifikasi masalah, identifikasi

kewenangan yang berlaku, keterlibatan secara langsung dalam kasus, kemampuan mengukur pencapaian hasil dan komunikasi antar sejawat menjadi bentuk kontribusi perawat dalam peningkatan mutu keselamatan pasien (Charles et al., 2016)

Salah satu pendekatan analisis *RCA* yang umum digunakan untuk menyelidiki kesalahan dan kegagalan dalam suatu insiden dan peristiwa adalah "*Five Whys*". *Five Whys* (5 W) adalah metode yang membantu untuk menentukan hubungan sebab akibat ketika terjadi masalah atau kesalahan. Ini juga merupakan fase analisis pemecahan masalah, mirip dengan pekerjaan detektif, di mana kita dapat menemukan hal-hal baru dengan mengajukan pertanyaan "Mengapa?". Ulangi lima kali atau lebih dengan harapan menemukan penyebab, atau akar masalahnya. 5W adalah cara mudah untuk memecahkan masalah tanpa penelitian ekstensif (Anggraini & Ilhamda, 2020).

Tim secara berkala bertemu untuk menganalisis *RCA* (*Root Cause Analysis*) atau mencari akar penyebab setiap insiden keselamatan pasien. Tim juga menentukan pola sosialisasi dan mengevaluasi program yang telah dilaksanakan melalui penelitian terapan. Melalui upaya perbaikan berkelanjutan akan diperoleh pengetahuan implisit dan eksplisit untuk menangani insiden keselamatan pasien. Setiap lini dalam organisasi baik perawat maupun manajemen menjadikan kejadian yang terjadi sebagai proses pembelajaran. Perawat dan manajemen berkomitmen untuk mempelajari apa yang terjadi. Mengambil tindakan atas kejadian tersebut

untuk diterapkan guna mencegah terulangnya kesalahan. Umpan balik dari organisasi dan rekan satu tim merupakan bentuk pembelajaran organisasi dan merupakan salah satu upaya untuk mengevaluasi efektivitas program yang sudah berjalan (Bahri et al., 2023).

Belajar dan berbagi tentang pembelajaran keselamatan ketika insiden keselamatan pasien terjadi di lingkungan layanan kesehatan, pertanyaan pentingnya bukanlah siapa yang salah, namun bagaimana insiden tersebut bisa terjadi. Hal penting yang perlu ditanyakan adalah : Apa yang sebenarnya terjadi pada sistem kita? Sehingga mengambil langkah-langkah untuk mendorong karyawan untuk melakukan analisis akar penyebab mengenai mengapa dan bagaimana insiden terjadi (Nofita et al., 2023).

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang dikemukakan diatas, maka rumusan masalah dalam penelitian ini sebagai berikut “Bagaimana jenis dan penanganan insiden keselamatan pasien yang terjadi di Rumah Sakit?”.

C. Tujuan Penelitian

Mengidentifikasi jenis dan penanganan insiden keselamatan pasien yang terjadi di Rumah Sakit.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi institusi

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai referensi dan dapat dijadikan tambahan kepastakaan dalam pengembangan penelitian selanjutnya.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Memberikan tambahan pengetahuan tentang gambaran insiden keselamatan pasien.

3. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan pengetahuan masyarakat mengenai gambaran insiden keselamatan pasien.

E. Kesesuaian dengan RoadMap Prodi

Domain 3 : Peningkatan kualitas pelayanan dan Pendidikan keperawatan yang unggul

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Keselamatan Pasien

1. Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman dalam upaya mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (Permenkes BAB 1 Pasal 1, 2017)

Keselamatan pasien rumah sakit adalah sistem pelayanan rumah sakit yang menjamin pelayanan pasien yang aman. Termasuk pengukuran risiko, identifikasi dan manajemen risiko pasien, analisis insiden, kemampuan pembelajaran dan pemantauan, dan penerapan solusi pengurangan risiko.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Keselamatan Rumah Sakit No.11 pada Bab 1 pasal 1 ayat 1 tahun 2017, keselamatan pasien adalah suatu system yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi *assessment* risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analysis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil sehingga

meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan.

Patient Safety didefinisikan sebagai *freedom from accidental injury*. *Accidental injury* disebabkan karena *error* yang meliputi kegagalan suatu perencanaan atau memakai rencana yang salah dalam mencapai tujuan. *Accidental injury* juga akibat dari melaksanakan tindakan yang salah (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*). *Accidental injury* dalam prakteknya akan berupa kejadian tidak diinginkan (*near miss*) (Tamba, 2020)

2. Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan keselamatan pasien secara internasional oleh *Joint Commission International* (Joint Commission International, 2023), yaitu:

- a. *Identify patient correctly* (identifikasi benar pasien)
- b. *Improve Effective communication* (Meningkatkan kemampuan komunikasi yang efektif)
- c. *Improve the safety of high-alert medications* (meningkatkan keamanan dan pengobatan resiko tinggi)
- d. *Eliminate wrong-site, wrong-patient, wrong procedure surgery* (mengeliminasi kesalahan penempatan, kesalahan mengenal pasien, kesalahan prosedur operasi)
- e. *Reduce the risk of health care-associated infections* (mengurangi resiko infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan)

- f. *Reduce the risk of patient harm from falls* (mengurangi risiko pasien terluka karena jatuh)

Menurut Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS) (Kementerian Kesehatan RI, 2015), tujuan program keselamatan pasien di rumah sakit antara lain :

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
- c. Menurunnya kejadian yang tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan

3. Standar keselamatan pasien

Standar keselamatan pasien rumah sakit yang disusun *hospital patient safety standard* ini mengacu pada yang dikeluarkan oleh *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations*, Illinois, USA pada tahun 2002 yang kemudian disesuaikan dengan situasi dan kondisi rumah sakit Indonesia. Standar keselamatan pasien terdiri dari tujuh standar menurut Permenkes RI no 11 Bab 3 Pasal 5 ayat 4 yaitu:

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

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien

c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Rumah sakit menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan unit pelayanan

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

Rumah sakit 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

- 1) Pemimpin mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
- 2) Pemimpin menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.
- 3) Pemimpin mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.

- 4) Pemimpin mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit serta meningkatkan keselamatan pasien.
- 5) Pemimpin mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

f. Mendidik staf keselamatan pasien

- 1) Rumah sakit memiliki proses Pendidikan, pelatihan, dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.
- 2) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.
- 3) Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.
- 4) Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.

g. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

Menurut pedoman nasional keselamatan pasien rumah sakit, dalam menerapkan standar keselamatan pasien maka rumah sakit harus melaksanakan tujuh langkah menuju keselamatan pasien yang diatur dalam Permenekes RI No. 11 tahun 2017 Bab 3 Pasal 5, yaitu:

Tujuh langkah menuju keselamatan pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c terdiri atas:

- 1) Membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien
 - 2) Memimpin dan mendukung staf
 - 3) Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko
 - 4) Mengembangkan sistem pelaporan
 - 5) Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
 - 6) Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien
 - 7) Mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan Pasien.
4. Enam sasaran keselamatan pasien

Sasaran keselamatan pasien merupakan syarat untuk ditetapkan disemua rumah sakit akreditasi oleh komisi akreditasi rumah sakit. Penyusunan sasaran ini mengacu dalam peraturan Menteri kesehatan no.11 tahun 2017, disusun sasaran keselamatan sebagai berikut:

- a. Ketepatan identifikasi pasien
- b. Peningkatan komunikasi yang efektif
- c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai
- d. Kepastian tepat-lokasi, tepat-prosedur, tepat-pasien operasi
- e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- f. Pengurangan risiko pasien jatuh

B. Tinjauan Umum Insiden Keselamatan Pasien

Insiden keselamatan pasien merupakan setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 tahun 2017). Menurut Departemen Kesehatan tahun 2008, insiden keselamatan pasien juga merupakan akibat dari melaksanakan suatu tindakan (*commission*) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (*omission*).

1. Jenis-Jenis Insiden Keselamatan Pasien

Jenis-jenis insiden keselamatan pasien yang diatur sesuai Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS, 2015), yaitu:

a. Kejadian Potensial Cedera (KPC)

KPC atau *Reportable Circumstances* adalah suatu kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, akan tetapi belum terjadi insiden.

b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

KNC atau *Near Miss* didefinisikan sebagai kesalahan yang mungkin terjadi namun tidak sampai mencederai pasien.

c. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

KTC atau *No Harm Incident* adalah suatu insiden yang sudah terpapar ke pasien akan tetapi tidak timbul cedera.

d. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

KTD atau *Adverse Event* dapat diartikan sebagai cedera atau komplikasi yang tidak diinginkan, yang dapat mengakibatkan kecacatan, kematian, atau perawatan yang lebih lama yang disebabkan oleh manajemen medis bukan karena penyakit yang diderita.

e. Kejadian Sentinel

Kejadian sentinel didefinisikan sebagai suatu KTD yang mengakibatkan cedera serius bahkan kematian pasien.

2. Elemen Keselatan Pasien

Elemen keselamatan pasien menurut *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (Rika & Sumarwanto, 2022) adalah:

- a. *Adverse Drug Events (ADE) / Medication Errors* (Ketidakcocokan obat/kesalahan pengobatan).
- b. *Restrain use* (penggunaan restrain / pengamanan pasien)
- c. *Nosocomial use* (infeksi nosocomial)
- d. *Surgical mishaps* (kecelakaan operasi)
- e. *Pressureulcers* (luka tekan)
- f. *Blood product safety / administrasion* (keamanan produk darah / administrasi)
- g. *Antimicrobial resistance* (resistensi antimikroba)
- h. *Immunization program* (program imunisasi)
- i. *Falls* (jatuh)
- j. *Blood stream-vascular catheter care* (aliran darah-perawatan kateter pembuluh darah)

k. *Systematic review, follow-up and reporting of patient/visitor incident reports* (tinjauan sistematis, tindakan lanjutan dan pelaporan pasien/pengunjung laporan kejadian)

3. Tipe Insiden Keselamatan Pasien

Untuk mengisi Tipe insiden di dalam suatu laporan, harus melakukan analisis dan investigasi terlebih dahulu. Insiden terdiri dari tipe insiden dan Subtipe insiden.

Tipe insiden dan subtipe insiden *medication error* merupakan salah satu penyebab error yang signifikan di Rumah Sakit. *Medication errors* adalah setiap kejadian yang menyebabkan atau mengabaikan pengobatan yang tidak tepat atau membahayakan pasien pada saat berada di bawah pengawasan medis. Kesalahan medis ini merupakan kesalahan medis yang paling umum terjadi di rumah sakit. Kesalahan pengobatan juga dapat menimbulkan berbagai dampak negative bagi pasien. Mulai dari kesalahan ringan hingga kesalahan fatal (Rachmawati & Harigustian, 2019). Kejadian *medication error* terkait dengan praktisi, produk obat, prosedur, lingkungan atau sistem yang melibatkan *prescribing, dispensing, dan administration* (Ayunda, 2019).

Menurut Departement Kesehatan RI (2008), analisis kejadian berisiko dalam proses pelayanan kefarmasian seperti kesalahan penulisan resep (*prescription error*), kejadian obat yang merugikan (*adverse drug events*), kesalahan pengobatan (*medication errors*) dan reaksi obat yang merugikan (*adverse drug reaction*) menempati kelompok urutan utama

dalam keselamatan pasien yang memerlukan pendekatan sistem untuk mengelola, dan mengingat kompleksitas keterkaitan.

Menurut Buku Pedoman Pelaporan Keselamatan Pasien, tipe insiden dibedakan menjadi 15 kelompok sebagai berikut :

- a. Tipe insiden pertama adalah administrasi klinik
- b. Tipe insiden kedua adalah proses/prosedur klinis
- c. Tipe insiden ketiga adalah dokumentasi
- d. Tipe insiden keempat adalah infeksi nosokomial (*Hospital associated infection*)
- e. Tipe insiden kelima adalah medikasi/cairan infus
- f. Tipe insiden keenam adalah transfusi darah/produk darah
- g. Tipe insiden ketujuh adalah nutrisi
- h. Tipe insiden kedelapan adalah oksigen/gas
- i. Tipe insiden kesembilan adalah alat medis/alat kesehatan
- j. Tipe insiden kesepuluh adalah perilaku pasien
- k. Tipe insiden kesebelas adalah jatuh
- l. Tipe insiden kedua belas adalah
- m. Tipe insiden ketigabelas adalah infrastruktur/bangunan/benda
- n. Tipe insiden keempat belas adalah resource/manajemen organisasi
- o. Tipe insiden kelimabelas adalah laboratorium.

C. Tinjauan Umum Penanganan Insiden Keselamatan Pasien

1. Penanganan Insiden

Rumah sakit harus melaporkan segera setiap insiden yang terjadi, oleh karena itu rumah sakit harus mempunyai pedoman yang jelas tentang mekanisme pelaporan insiden (Salawati, 2020). Sistem pelaporan insiden meliputi kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan dan prosedur pelaporan. Format pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) dapat digunakan oleh setiap rumah sakit. Laporan berisi tentang insiden, lokasi, kronologis, waktu dan akibat kejadian, serta analisis akar masalah *near miss*, KTD, atau kejadian sentinel.

Rendahnya frekuensi pelaporan insiden pasien seringkali disebabkan oleh rendahnya sarana prasarana atau tidak jelasnya prosedur pelaporan, dalam hal ini misalnya tidak adanya lembar pelaporan insiden. Hal ini menyebabkan pelaporan masih berupa laporan secara lisan yang menyebabkan rendahnya laporan yang tercatat di bagian administrasi ruangan rumah sakit. Oleh karena itu prosedur pelaporan insiden keselamatan pasien harus ditetapkan secara pasti sehingga pencatatannya tidak tercecer dan tidak luput.

Laporan insiden dibuat oleh staf yang pertama kali melihat insiden kemudian mereka harus melaporkan melalui sistem informasi pelaporan insiden yang akan dibaca oleh kepala unit masing – masing dengan dibantu oleh PIC mutu dan keselamatan atau koordinator mutu dan keselamatan pasien di masing-masing unit. Tetapi hasil wawancara kepada informan

utama dan informan penunjang menunjukkan bahwa laporan insiden di rumah sakit seringkali tidak dibuat secara langsung oleh staf yang melihat pertama (Hartini, 2019).

Pelaporan insiden keselamatan pasien terdiri dari dua macam pelaporan, yaitu laporan internal dan laporan eksternal. Laporan internal yaitu laporan yang dilaksanakan di Rumah Sakit, dimana setiap terjadi insiden wajib dilaporkan ke Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS), sedangkan laporan eksternal yaitu dengan melakukan entry data (e-reporting) melalui website resmi Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) ke Kementerian Kesehatan RI (Nashifah & Adriansyah, 2021).

Pelaporan IKP dapat dilakukan dengan 2 cara, yaitu:

- a. Pelaporan secara internal pada atasan langsung, Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS), dan direksi,
- b. Eksternal kepada Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) dan Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia (PERSI).

Alur penanganan IKP adalah sebagai berikut:

- a. Bila terjadi insiden harus segera ditangani kemudian membuat laporan kepada atasan langsung di unit terjadinya insiden maksimal 2x24 jam
- b. Atasan langsung melakukan penentuan dari grading risiko kejadian insiden dan melakukan investigasi sederhana
- c. Laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan kepada tim KPRS

- d. Tim KPRS membuat laporan dan rekomendasi untuk dilaporkan kepada direksi
 - e. Laporan hasil investigasi sederhana/ analisis akar masalah/ *Root Cause Analysis (RCA)* serta rekomedasi dari Tim KPRS/Pimpinan kemudian dikirimkan ke KKPRS (KNKP) melalui *e-reporting* menggunakan anonim melalui website resmi <https://mutufasyankes.kemkes.go.id/> (Salawati, 2020)
2. Tujuan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien
- a. Tujuan Umum: Menurunnya Insiden Keselamatan Pasien (KTD, KNC, KTC dan KPC), dan Meningkatnya mutu pelayanan dan keselamatan pasien.
 - b. Tujuan Khusus:
 - 1) Di Rumah Sakit (*Internal*)
 - a) Terlaksananya sistem pelaporan dan pencatatan insiden keselamatan pasien di rumah sakit .
 - b) Diketahui penyebab insiden keselamatan pasien sampai pada akar masalah.
 - c) Didapatkannya pembelajaran untuk perbaikan asuhan kepada pasien agar dapat mencegah kejadian yang sama dikemudian hari.
 - 2) KKPRS (*Eksternal*)
 - a) Diperolehnya data / peta nasional angka insiden keselamatan pasien (KTD, KNC, KTC).

- b) Diperolehnya pembelajaran untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien bagi rumah sakit lain.
- c) Ditetapkannya langkah-langkah praktis Keselamatan Pasien untuk rumah sakit di Indonesia.

3. Root Cause Analysis (RCA)

Seiring berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, keselamatan pasien (*patient safety*) telah menjadi menjadi isu penting dalam aspek mutu pelayanan di rumah sakit. Beragam teknologi baru untuk diagnosis pasien memerlukan pengetahuan dan *skill* memadai yang memungkinkan adanya ketidaktepatan dalam penggunaannya. Begitu pula dalam hal makin beragamnya obat yang memungkinkan makin banyak obat yang mempunyai bentuk kemasan mirip ataupun nama obat yang hampir sama (LASA = *look-alike, sound-alike*). Hal ini menjadi perhatian besar, terbukti dengan diterbitkannya secara resmi “*Nine Life-Saving Patient Safety Solutions*” oleh WHO pada tahun 2007 dengan topik pertamanya adalah pentingnya memperhatikan nama obat, rupa dan ucapan yang mirip.

Di Indonesia sendiri, tidak ada angka KTD yang pasti. Sistem pelaporan KTD yang belum sepenuhnya dilaporkan oleh seluruh Rumah Sakit dengan baik dan benar merupakan kontributor utama belum tersedianya data KTD yang valid. Pelaporan KTD sangat bermanfaat bagi rumah sakit, karena dapat menjadi pembelajaran bagi seluruh pihak termasuk pembuat kebijakan dan pelaku pelayanan kesehatan. Oleh karena

itu, amat penting ditumbuhkan *non-blamming culture* (budaya tidak saling menyalahkan) di rumah sakit.

Root Cause Analysis dilakukan sebagai evaluasi mendalam setelah KTD terjadi. *Root Cause Analysis (RCA)* merupakan pendekatan terstruktur untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berpengaruh pada satu atau lebih kejadian-kejadian yang lalu agar dapat digunakan untuk meningkatkan kinerja. Pelaksanaan *RCA* dilaksanakan setelah KTD di suatu rumah sakit terjadi yang didasarkan pada laporan KTD.

Seperti tertera dalam buku pedoman Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit, maka setiap kejadian KTD harus dibuat laporannya. Terdapat lima metode yang dapat dilakukan untuk mengidentifikasi akar penyebab suatu KTD dari yaitu :

- a. *Is/ Is not comparative analysis*
- b. *5 Why methods*
- c. *Fishbone diagram*
- d. *Cause and effect matrix*
- e. *Root Cause Tree*

Diharapkan dengan mengetahui akar penyebab dari suatu KTD, maka kejadian KTD yang sama tidak akan terjadi kembali.

4. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Laporan merupakan awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali. Agar segala kejadian atau insiden dapat terdokumentasi dengan baik, sehingga dapat dilakukan analisa serta

tindakan korektif atau preventif selanjutnya. Bersama dengan persepsi keselamatan pasien, frekuensi pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan dimensi outcome dalam survey budaya keselamatan pasien (Hartini, 2019).

Banyak metode yang digunakan untuk mengidentifikasi risiko, salah satu caranya adalah dengan mengembangkan sistem pelaporan dan sistem analisis. Dapat dipastikan bahwa sistem pelaporan akan mengajak semua orang dalam organisasi untuk peduli akan bahaya atau potensi bahaya yang dapat terjadi kepada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya kesalahan (error) sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi selanjutnya (KKPRS, 2015).

Alur Pelaporan Insiden Kepada Tim Keselamatan Pasien di RS (internal) adalah sebagai berikut:

- a. Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD/KTC/KPC) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah / ditangani) untuk mengurangi dampak / akibat yang tidak diharapkan.
- b. Setelah ditindaklanjuti, segera membuat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja/shift kepada atasan langsung, paling lambat 2 x 24 jam, diharapkan jangan menunda laporan.
- c. Setelah selesai mengisi laporan, segera menyerahkan kepada atasan langsung pelapor.

- d. Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan.
- e. Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut : (pembahasan lebih lanjut lihat BAB III)
 - Grade biru : Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu.
 - Grade hijau : Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu
 - Grade kuning : Investigasi komprehensif/Analisis akar masalah/RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari
 - Grade merah : Investigasi komprehensif/Analisis akar masalah / RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.
- f. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KP di RS.
- g. Tim KP di RS akan menganalisa kembali hasil Investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan Regrading.
- h. Untuk grade Kuning / Merah, Tim KP di RS akan melakukan Analisis akar masalah / *Root Cause Analysis (RCA)*.
- i. Setelah melakukan *RCA*, Tim KP di RS akan membuat laporan dan Rekomendasi untuk perbaikan serta "Pembelajaran" berupa : Petunjuk / "*Safety alert*" untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
- j. Hasil *RCA*, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi

- k. Rekomendasi untuk "Perbaikan dan Pembelajaran" diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di Rumah Sakit
- l. Unit Kerja membuat analisa kejadian di satuan kerjanya masing - masing
- m. Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh Tim KP di RS

D. Tinjauan Umum *Literature Review*

1. Pengertian *Literature Review*

Secara umum, *Literature Review* atau kajian pustaka didefinisikan sebagai ringkasan yang didapatkan dari suatu sumber bacaan yang berkaitan dengan bahasan penelitian. Latar belakang yang membahas fungsi persiapan pengumpulan data aktual biasanya akan tertulis dalam sebuah tinjauan literatur di dalam setiap survei dan penelitian eksperimental. Melalui sebuah studi baru dalam penelitian terbaru, kajian pustaka ini juga digunakan untuk menciptakan konteks masa lalu (Ridwan et al., 2021).

Melalui bacaan yang relevan. Tinjauan literatur juga berfungsi sebagai latar belakang persiapan pengumpulan data aktual dalam penelitian eksperimental. Selain itu, kajian pustaka berfungsi sebagai konteks masa lalu dalam sebuah studi baru.

Kajian pustaka biasanya membicarakan hal-hal seperti:

- a. Teori pendukung yang digunakan sebagai landasan. Teori ini dibagi menjadi tiga macam, yaitu teori induk (*grand theory*), teori turunan (*middle range theory*), dan teori aplikasi (*applied theory*).

b. Penelitian terdahulu yang mengkaji permasalahan yang sama.

Dapat disimpulkan bahwa kajian pustaka mempunyai fungsi penting sebagai dasar dan penguat gagasan tokoh dalam suatu penelitian. Hal yang harus digarisbawahi adalah literatur yang menjadi kajian utama haruslah bersumber dari buku, artikel jurnal ilmiah atau karya tulis ilmiah lainnya.

Literatur review berisi uraian tentang teori, temuan dan bahan penelitian lain yang diperoleh dari bahan acuan untuk dijadikan landasan kegiatan penelitian. Uraian dalam *literatur review* ini diarahkan untuk menyusun kerangka pemikiran yang jelas tentang pemecahan masalah yang sudah diuraikan dalam sebelumnya pada perumusan masalah (Nahar Mardiyantoro, 2019).

Menurut Siswanto (2020) literature review merupakan sebuah metode sistematis, *eksplisit* dan juga *reproduksibel* yang digunakan untuk mengidentifikasi, mengevaluasi, dan mensintesis karya-karya hasil penelitian ataupun hasil pemikiran para peneliti dan praktisi sebelumnya.

2. Jenis – Jenis *Scoping review*

a. *Frame Work Scoping Review*

Tahapan peninjauan pustaka *Scoping Review* menggunakan *framework* yang dibuat oleh Arksey dan O'Malley dalam penelitian (Utami et al., 2021) dengan langkah-langkah sebagai berikut :

1) Identifikasi pertanyaan penelitian (*Identification Research Question*)

Pertanyaan penelitian sudah harus didefinisikan dengan jelas sebelumnya dan biasanya bentuk pertanyaannya membutuhkan jawaban yang cukup luas, tidak singkat.

2) Identifikasi sumber literatur yang sejenis/relevan

Strategi pencarian harus secara menyeluruh dan luas, bisa didapatkan melalui *electronic database*, berbagai referensi yang bisa dicari secara langsung ke tempat-tempat seperti perpustakaan, toko buku, hasil penelitian ilmiah yang belum dipublikasikan misalnya, abstrak konferensi, hasil presentasi karya ilmiah, data-data berkaitan dengan peraturan, bahkan paten karya seseorang.

3) Seleksi sumber literatur

Sumber literatur yang sudah didapatkan melalui langkah ke-2 kemudian akan diseleksi berdasar kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi menunjukkan ciri-ciri sumber literatur yang bisa dijadikan rujukan, sedangkan kriteria eksklusi berkebalikan dengan inklusi.

Kriteria inklusi yaitu ciri-ciri yang harus dipenuhi oleh setiap masing-masing anggota populasi yang akan dijadikan sampel, sedangkan kriteria eksklusi berkebalikan dengan kriteria inklusi yaitu ciri-ciri yang tidak dipenuhi oleh masing-masing anggota populasi sehingga tidak bisa dijadikan sampel.

4) Ekstraksi data

Proses ekstraksi data menghasilkan informasi yang relevan dari sejumlah literatur yang sudah diseleksi di langkah ke-3 biasanya ditampilkan dalam bentuk diagram atau tabel.

5) Menyusun, merangkum dan melaporkan hasilnya

Untuk langkah ke-5 ini, adanya proses analisis dari langkah ke-4 sehingga bisa diambil keputusan berkenaan dengan pertanyaan penelitian yang sudah ditentukan di langkah 1.

6) Konsultasi dengan pihak kompeten

Langkah ini merupakan langkah **opsional**. Jika dilakukan, maka pihak kompeten akan diminta pendapatnya berkaitan dengan langkah ke-5.

b. Metode Seleksi Sumber *Literatur Scoping Review*

Metode yang digunakan yaitu PRISMA (The Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)

Adapun PRISMA sendiri memiliki protokol/tahapan tersendiri seperti yang terlihat pada flow diagram usulan Liberati di gambar 4 dan flow diagram yang telah dikembangkan hingga sekarang sudah mencapai versi 2020 pada gambar 5. Pada gambar 5 terlihat terdapat 3 tahapan yaitu identification, screening dan included dan dapat dijelaskan seperti di bawah ini

1) Identification

Dalam proses ini, dilakukan identifikasi hasil pencarian sumber literatur yang telah didapatkan sebelumnya di langkah ke-2 Scoping Review, yang bisa didapatkan melalui google scholar, science direct, proquest dan lain sebagainya dan tentunya pencarian ini sudah disesuaikan dengan judul penelitian, abstrak dan kata kunci yang berdasar pada pertanyaan penelitian. Dilakukan pendataan dari tiap sumber yang telah didapatkan serta juga dilakukan pengecekan apakah ada yang sama (duplicate).

2) Screening

Tahap ini menunjukkan adanya penyaringan atau pemilihan sumber literatur yang sesuai dengan tujuan penelitian, topik maupun pertanyaan penelitian. Sebelumnya ditentukan dahulu kriteria inklusi dan eksklusi. Sumber literatur yang ternyata memenuhi syarat kriteria eksklusi akan dikeluarkan.

3) Included

Semua sumber literatur yang sudah melewati tahap penyaringan atau pemilihan sumber literatur kemudian akan dianalisis lebih lanjut.

3. Tujuan *Literatur Review*

Tujuan *literature review* adalah untuk membuat analisis dan sintesis terhadap pengetahuan dari berbagai *literature* sebelumnya terkait dengan topik yang ingin diteliti untuk menemukan ruang kosong bagi penelitian yang

akan dilakukan. Tujuan akhir dari *literature review* adalah untuk memperoleh gambaran terkait dengan penelitian yang telah dilakukan sebelumnya.

4. Prosedur *Literatur Review*

Menurut Ulhaq dan syambani 2019 berikut adalah langkah-langkah menyusun sebuah literature review:

- a. Menentukan topik dan pertanyaan penelitian
- b. Mencari literature atau pustaka
- c. Analisis hasil pencarian literature
- d. Menuliskan literature review

E. Originalitas Penelitian

Tabel 1. Originalitas Penelitian

No	Penulis, tahun, judul penelitian	Tujuan Penelitian	Metode Penelitian	Sampel/Partisipan	Hasil Penelitian
1	(Patmawati & R Djano, 2020) Analisis Budaya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Pada Perawat Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sawerigading Palopo	Untuk menganalisis budaya pelaporan insiden keselamatan pasien pada perawat di RSUD Sawerigading Palopo.	Deskriptif analitik dengan pendekatan cross sectional Pengumpulan data menggunakan kuesioner IRCQ (<i>Incident Reporting Culture Questionnaire</i>).	63 orang perawat di RSUD Sawerigading Palopo yang didapatkan dengan menggunakan teknik <i>purposive sampling</i> .	Didapatkan bahwa dari 63 responden terdapat 38 responden (60,3%) yang menunjukkan respon negatif terhadap budaya pelaporan insiden dan menunjukkan respon positif terdapat 25 orang (39,7%). Budaya pelaporan insiden di rumah sakit umum Sawerigading Palopo harus

					ditingkatkan lagi dengan mempertahankan faktor-faktor yang sudah mendapatkan respon positif yaitu penerapan belajar dari kesalahan, kesiapan untuk memberikan umpan balik pada laporan insiden, dan manajemen insiden: kerahasiaan
2	(Rafika Aini, 2024) Peran Dukungan Manajemen Rumah Sakit Terhadap Penerapan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit	Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor yang menyebabkan penurunan pelaporan insiden keselamatan pasien dan memberikan masukan kepada manajemen RS X untuk langkah-langkah tindak lanjut.	Penelitian ini menggunakan pendekatan mixed methods kuantitatif dan kualitatif dengan desain eksplanatori sekuensial	Populasi penelitian ini melibatkan staf perawat di berbagai unit pelayanan, dengan sampel kuantitatif terdiri dari 100 perawat yang memberikan layanan langsung kepada pasien, dipilih melalui teknik proporsional random sampling.	Umpan balik pelaporan IKP secara investigasi sederhana sering tidak diproses karena sulit berkerjasama dengan unit lain, sedangkan RCA dilaksanakan dengan proses yang lama sehingga RCA selesai >45 hari. Hasil telaah dokumen menunjukkan bahwa Tindak lanjut IKP dengan investigasi sederhana pada Tahun 2023 hanya 810 kejadian yang selesai diinvestigasi sederhana dari 998 kejadian, dan RCA selesai hanya 5 kejadian

					dari 14 RCA, sedangkan tahun 2022 sebanyak 1853 kejadian sedangkan RCA sebanyak 29 kejadian, namun Kejadian yang di RCA kan yang sudah selesai adalah 12 kejadian.
3	(Adnyani et al., 2022) Evaluasi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit Umum Daerah Karangasem	Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi pelaporan insiden keselamatan pasien di RSUD Karangasem.	Jenis penelitian yang digunakan adalah kualitatif dengan menggunakan pendekatan studi kasus, proses pengambilan data dengan teknik wawancara mendalam terhadap 18 partisipan . Tahapan analisis data terdiri dari persiapan analisis data, mencermati data, interpretasi data, verifikasi data serta representasi data	Narasumber pada penelitian ini adalah 18 orang yang dipilih secara <i>purposive sampling</i> yang didasarkan dengan pertimbangan bahwa narasumber tersebutlah yang dapat memberikan informasi serta dianggap paling tahu.	Terdapat 3 (tiga) permasalahan yang ditemukan dalam penerapan alur pelaporan internal IKP di RSUD Karangasem, hambatan tersebut yaitu ketidaktepatan waktu pelaporan insiden keselamatan pasien dalam waktu 2x24 jam, tidak terlapornya kejadian hasil investigasi, serta rekomendasi terkait insiden yang dilaporkan belum optimal. Faktor yang menjadi penghambat dalam pelaporan IKP di RSUD Karangasem

					<p>adalah kurangnya pengetahuan petugas serta adanya pelaporan IKP secara lisan melalui telepon sehingga pencatatan terhadap insiden yang terjadi tidak dilakukan, terdapat pula faktor yang menjadi pendukung pelaporan IKP di RSUD Karangasem, yaitu motivasi dan budaya tidak saling menyalahkan (<i>no blaming culture</i>).</p>
--	--	--	--	--	--