

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

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 (Depkes RI, 2011). Keselamatan Pasien menurut PMK nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien adalah suatu sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman, meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Insiden keselamatan pasien merupakan setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien (Kemenkes, 2017) (Siagian, 2020). Menurut *Institute Of Medicine* (IOM), keselamatan pasien (*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*).

Laporan IOM, mengembangkan budaya keselamatan pasien mendapat perhatian yang signifikan dalam rangka membangun sistem kesehatan yang lebih aman. Hal terpenting jika budaya keselamatan yang komprehensif dapat dikembangkan maka insiden yang merugikan

dapat dilaporkan tanpa disalahkan, staf memiliki kesempatan untuk belajar dari kesalahan mereka dan perbaikan dapat diterapkan untuk mencegah bahaya manusia dan sistem di masa depan (Aljaffary et al., 2022).

Upaya rumah sakit dalam menjamin keselamatan pasien perlu direncanakan dan menjadi perhatian penting oleh rumah sakit. World Health Organization (WHO) menyatakan bahwa keselamatan pasien merupakan pondasi paling mendasar bagi perawatan kesehatan. Budaya keselamatan pasien merupakan salah satu indikator dalam kriteria evaluasi kinerja rumah sakit, penerapan budaya ini mencerminkan kesinambungan pelaporan insiden. Laporan insiden keselamatan pasien akan digunakan sebagai bahan evaluasi bagi rumah sakit dan akan menjadi pembelajaran kepada seluruh staf agar bisa meningkatkan keselamatan pasien, sehingga dapat menciptakan dan mengembangkan inovasi dalam pelaporan yang partisipatif, transparan, tidak menghukum, mudah, efisien dan berfungsi untuk pembelajaran dalam organisasi rumah sakit (Jumila, 2022).

Rumah sakit sebagai tempat pelayanan kesehatan modern adalah suatu organisasi yang sangat kompleks karena padat modal, padat teknologi, padat karya, padat profesi, padat sistem, dan padat mutu serta padat resiko sehingga tidak mengejutkan bila terjadi insiden keselamatan pasien akan sering terjadi dan akan berakibat pada terjadinya injuri atau kematian pada pasien. Berdasarkan Permenkes RI Nomor 986/Menkes/Per/11/1992 pelayanan rumah sakit umum pemerintah Departemen Kesehatan dan Pemerintah Daerah diklasifikasikan menjadi kelas/tipe A,B,C,D dan E. Setiap tipe rumah sakit memastikan bahwa keselamatan pasien sangatlah penting untuk kualitas layanan kesehatan. Rumah sakit yang berkualitas harus memenuhi enam komponen, antara lain aman bagi pasien, efektif,

efisien, berfokus pada pasien adil dan memberikan pelayanan dengan cepat tanggap (Whitehead et al., 2020).

Tingginya kompleksitas operasional rumah sakit yang telah berimplikasi langsung pada keselamatan pasien. Interaksi antara berbagai proses medis yang rumit, penggunaan beragam obat dan teknologi canggih serta faktor manusia menciptakan lingkungan yang rentan terhadap kesalahan. Banyaknya pemeriksaan dan prosedur medis yang harus dilakukan meningkatkan probabilitas kesalahan manusia (*human error*) maupun kesalahan sistem. Kesalahan-kesalahan ini dapat mencakup diagnosis yang tidak akurat, terapi yang tidak tepat, dan pelaksanaan prosedur yang salah. Setiap kesalahan dalam proses pelayanan kesehatan berpotensi mengakibatkan insiden yang merugikan pasien.

Pemberian layanan kesehatan berkontribusi terhadap terjadinya kesalahan yang mengancam keselamatan pasien merupakan bagian dari suatu tim, yang di dalamnya meliputi tenaga kesehatan profesional seperti perawat, dokter, dispensing, petugas klinis, apoteker, analis, asisten teater, asisten anestesi dan lain-lain (Naome et al., 2020).

Budaya keselamatan pasien adalah nilai yang sangat mendasar pada pelaksanaan keselamatan pasien di rumah sakit, dalam upaya penerapan keselamatan pasien yang menjadi prioritas utama dalam pemberian layanan kesehatan. Secara global, menurut laporan National Safety Council (NSC) menunjukkan bahwa terjadinya kecelakaan di rumah sakit 41% lebih besar dari pekerja di industri lain. Keselamatan pasien juga merupakan prinsip dasar dalam pemberian pelayanan dan merupakan komponen yang kritical dalam manajemen rumah sakit.

Tenaga perawat merupakan tenaga profesional yang berperan penting dalam fungsi rumah sakit. Hal tersebut didasarkan atas jumlah tenaga perawat yang memiliki porsi terbesar, yakni 40%-60% di dalam pelayanan rumah sakit karena perawat merupakan staf yang memiliki

kontak terbanyak dengan pasien selama 24 jam. Perawat juga merupakan bagian dari suatu tim yang di dalamnya terdapat tenaga profesional lain, salah satunya yaitu dokter. Luasnya peran perawat memungkinkan lebih besar terjadi resiko kesalahan pelayanan yang mengancam keselamatan pasien. Untuk itu perawat harus menyadari perannya dalam penyelenggaraan upaya menjaga mutu pelayanan di rumah sakit dan harus dapat berpartisipasi aktif dalam mewujudkan keselamatan pasien salah satunya adalah sistem pelaporan insiden (KKPRS, 2015).

Menurut KKPRS (2015) bahwa yang melaporkan insiden keselamatan pasien adalah siapa saja atau semua staf rumah sakit yang pertama menemukan kejadian/ insiden dan siap saja atau semua staf yang terlibat dalam kejadian/ insiden. Oleh karena itu keselamatan pasien bukan hanya menjadi tanggung jawab moral perawat sebagai bagian terdepan dalam pemberian pelayanan kepada pasien, akan tetapi seluruh pihak yang berada di rumah sakit juga harus bertanggung jawab dalam keselamatan pasien (Handayani & Meisita, 2021).

Pelaporan insiden keselamatan pasien penting untuk meningkatkan keselamatan pasien karena dapat mengurangi angka insiden keselamatan pasien. Pelaporan ini memberikan gambaran luas tentang kejadian dan bagaimana hal itu terjadi, yang bisa dijadikan data dasar untuk pengambilan kebijakan dan penyusunan program keselamatan pasien di rumah sakit. IKP mencakup Kondisi Potensial Cedera (KPC), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), dan kejadian sentinel (Fathiyani & Ayubi, 2022). Data dari pelaporan IKP yang sistematis membantu meminimalkan risiko dan mencegah cedera untuk mendukung perbaikan mutu fasilitas pelayanan kesehatan.

Terlepas dari kemajuan bertahun-tahun sejak laporan *"To Err Is Human"*, keselamatan pasien terus menjadi masalah kesehatan

masyarakat terkemuka di seluruh negara. Setiap tahun, 5,7 hingga 8,4 juta kematian disebabkan oleh layanan kesehatan berkualitas buruk di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Kesalahan yang terjadi di rumah sakit berkontribusi setidaknya 15% dari biaya rumah sakit di negara-negara *Organization for Economic Cooperation and Development* (OECD), yang merupakan negara paling maju secara ekonomi dan sosial di dunia. Pasien yang dirawat di rumah sakit di negara-negara dengan ekonomi berkembang memiliki risiko lebih tinggi terhadap bahaya yang disebabkan oleh layanan kesehatan dikarenakan kelangkaan sumber daya dan kerapuhan fasilitas. Rencana Aksi Keselamatan Pasien Global 2021–2030 mendesak agar rumah sakit mengembangkan budaya keselamatan pasien untuk mengurangi risiko kesalahan dan memitigasi kerugian yang disebabkan oleh kejadian buruk (Camacho-Rodríguez et al., 2022).

Menurut beberapa hasil penelitian, masih terjadi insiden keselamatan pasien di banyak negara termasuk di Indonesia. Sebuah studi baru oleh World Health Organization menyatakan sebanyak 64 juta pasien cacat setiap tahunnya dikarena perawatan yang tidak aman di rumah sakit di seluruh dunia. Hal ini dikarenakan tidak adanya budaya keselamatan pasien yang diterapkan di rumah sakit sehingga berpotensi terjadi kecacatan hingga kematian bagi pasien. Data yang ada menunjukkan bahwa 2,6 juta kematian terjadi akibat pengobatan yang tidak aman yang terjadi di rumah sakit (Mallapiang et al., 2021).

Penelitian lain yang dilakukan di beberapa rumah sakit terakreditasi Joint Commision International (JCI) dalam Buharia et al (2018), diketahui bahwa ditemukan 52 insiden pada 11 rumah sakit di 5 negara. Kasus tertinggi berada di Hongkong dengan total 31% kasus, disusul Australia 25% kasus, India 23% kasus, Amerika 12% kasus, dan Kanada 10% kasus. Di Brazil terdapat sekitar 7.6% kasus.

Di negara berpenghasilan rendah dan menengah, 4 dari 100 orang meninggal karena perawatan yang tidak aman (WHO, 2023). Rumah sakit di negara-negara ini menyumbang hampir dua pertiga dari beban global kejadian buruk yang diakibatkan oleh perawatan yang tidak aman setiap tahun, dengan 134 juta kejadian buruk dan 2,6 juta kematian setiap tahun (WHO, 2019). Faktor yang berkontribusi pada rendahnya pelaporan di negara berkembang meliputi sistem pelaporan yang tidak nyaman, standar pelaporan yang tidak konsisten, budaya keselamatan yang buruk, ketakutan akan hukuman, serta kurangnya analisis sistematis dan umpan balik terhadap laporan (WHO, 2011).

Di Indonesia, berdasarkan data Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) tahun 2015-2019, jumlah laporan IKP meningkat dari 289 laporan pada tahun 2015 menjadi 7.465 laporan pada tahun 2019. Meskipun ada peningkatan, namun hanya 11,6% rumah sakit yang melaporkan IKP (334 dari 2.877 rumah sakit).

Pada tahun 2022 pelaporan data di Indonesia berdasarkan data Kemenkes pada bulan Januari hingga Agustus, menunjukkan bahwa laporan insiden keselamatan pasien berdasarkan rumah sakit yang melapor mencapai 816 rumah sakit, dimana laporan KTD mencapai 1.616 kasus dan Sentinel mencapai 92 kasus (Muliarini et al., 2021).

Data pelaporan insiden di Sulawesi berdasarkan data perhimpunan rumah sakit seluruh Indonesia menyebutkan bahwa kasus pelaporan insiden keselamatan pasien terbanyak terdapat di Sulawesi Selatan menduduki angka tertinggi yaitu 9%, kemudian Gorontalo 7%, Sulawesi Tenggara 5%, dan Sulawesi Tengah 3%. Pelayanan kesehatan berfokus pada pasien (Patient Centered Care) merupakan pergeseran paradigma baru dalam asuhan pasien. Pola ini didukung oleh konsep WHO dalam conceptual framework integrated people-centred health services. Konsep perawatan yang berpusat pada pasien pertama kali diciptakan pada tahun 1986 oleh Picker/Commonwealth.

Patient-Centered Care Program ini adalah pendekatan yang melihat pasien sebagai mitra yang setara dalam merencanakan, mengembangkan, dan menilai perawatan untuk memastikan perawatan yang paling sesuai dengan kebutuhan mereka. Pasien menjadi pusat dalam segala upaya kesehatan, maka pasien harus terinformasi dengan jelas dan juga bersama dengan dokter dalam pemberian asuhan lainnya serta membuat keputusan-keputusan penting dalam proses penyembuhan. PCC lebih menekankan pada partisipasi dan keterlibatan pasien, hubungan antara pasien dan profesional kesehatan, dan lingkungan tempat perawatan diberikan. Sementara perawatan yang berpusat pada pasien dianggap sebagai komponen kunci perawatan kesehatan berkualitas tinggi. Sistem PCC ini diharapkan dapat mempertimbangkan kebutuhan individu pasien dan juga tenaga kesehatan memperlakukan pasien dengan penuh hormat dan bermartabat (Muliarini et al., 2021).

Berdasarkan data mutu fasilitas pelayanan kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan, terdapat 45 laporan IKP pada tahun 2022, terdiri dari 39 KTD dan 6 kejadian sentinel. Pada tahun 2023, laporan meningkat 162% menjadi 118 laporan, terdiri dari 105 KTD dan 13 kejadian sentinel. data ini mencakup semua rumah sakit di Provinsi Sulawesi Selatan, termasuk RSUD Sinjai (Dinkes Sulsel, 2023).

Tabel 1.1 Distribusi Insiden Keselamatan Pasien Berdasarkan Jumlah

Tahun	Jumlah laporan
2022	51
2023	12
2024	202

Tabel 1.1 *Data Sekunder RSUD Sinjai*

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa laporan IKP RSUD Sinjai tahun 2022-2024 mencapai total 265 laporan, dengan rincian 51 laporan pada tahun 2022, 12 laporan pada tahun 2023 dan terjadi peningkatan menjadi 202 laporan hingga Juni 2024.

Meskipun jumlah laporan IKP naik, namun profesi yang melaporkan IKP masih belum merata, dimana yang paling banyak melakukan pelaporan IKP adalah perawat sebesar 95,1%, sisanya bidan 3,7%, dokter 0,8%, profesi lainnya 0%, dan tenaga non kesehatan 0,4%. Dari wawancara peneliti didapatkan alasan profesional kesehatan tidak melaporkan IKP antara lain tidak mengetahui yang mana saja termasuk IKP, tidak mengetahui *barcode* pelaporan IKP, dan menganggap ada penanggung jawab tertentu pelaporan IKP.

Fenomena pelaporan IKP yang belum menjadi budaya bagi seluruh profesional kesehatan di RSUD Sinjai perlu dianalisis secara mendalam. Idealnya, setiap rumah sakit melaporkan insiden yang terjadi secara eksternal ke Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP). Beberapa masalah yang diidentifikasi sebagai penghambat dalam pelaporan insiden antara lain persepsi bahwa laporan sebagai pekerjaan perawat, laporan disembunyikan karena takut disalahkan, laporan terlambat, dan budaya menyalahkan (KKPRS, 2015).

Kemampuan individu dalam menunjukkan perilaku yang sesuai terkait keselamatan pasien dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik individu maupun organisasi. Faktor individu meliputi pengetahuan dan persepsi. Pengetahuan yang diperlukan meliputi pemahaman tentang peristiwa yang termasuk IKP serta cara mengklasifikasikannya (Y. Gong et al., 2015). Persepsi, sebagai faktor psikologis juga mempengaruhi perilaku (Naome et al., 2020).

Di sisi lain, faktor organisasi juga mempengaruhi perilaku pelaporan. Ini meliputi sistem dan struktur, peraturan/kebijakan, budaya dan manajemen SDM. Peraturan dan kebijakan yang mendukung pelaporan insiden mencakup aturan dan prosedur untuk memfasilitasi dan mendorong staf dalam pelaporan IKP. Sedangkan sumber daya keselamatan mencakup infrastruktur pelaporan, sistem teknologi informasi, dan sumber daya manusia yang memadai. Budaya organisasi yang mempengaruhi perilaku termasuk umpan balik dan komunikasi, harapan dan tindakan untuk meningkatkan keselamatan pasien, pembelajaran organisasi, tindakan korektif serta dukungan manajerial (Fathiani GM, 2020). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis pengaruh pengetahuan, persepsi petugas, budaya organisasi, kebijakan dan sumber daya terhadap perilaku pelaporan IKP di RSUD Sinjai serta variabel apa yang paling berpengaruh.

Pelaporan insiden menjadi dasar pembelajaran dan perbaikan dalam pelayanan kesehatan sebagai upaya mencegah berulangnya kejadian serupa di kemudian hari (WHO, 2020). Penelitian kuantitatif mengenai insiden keselamatan pasien di rumah sakit sudah banyak dilakukan oleh beberapa negara di Eropa (Hindmarsh & Holden, 2022), Amerika (Yuan et al., 2022), Afrika (Abraham et al., 2022), Australia (Elliott & Fry, 2021), dan Asia (Al Hamid et al., 2020; Amarneh & Al Nobani, 2022), termasuk Indonesia (Habibah & Dhamanti, 2020; Paramita et al., 2020; Jenita et al., 2019). Namun, penelitian kualitatif terkait faktor-faktor yang

memengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien belum banyak dilakukan di Indonesia. Maka, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Studi Kualitatif: Faktor-Faktor yang Memengaruhi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sinjai Tahun 2024”.

1.2 Kajian Masalah

Pelaporan insiden merupakan langkah awal yang penting dalam meningkatkan keselamatan pasien dan membangun program yang berfokus pada masalah keselamatan pasien (Mjadu & Jarvis, 2018).

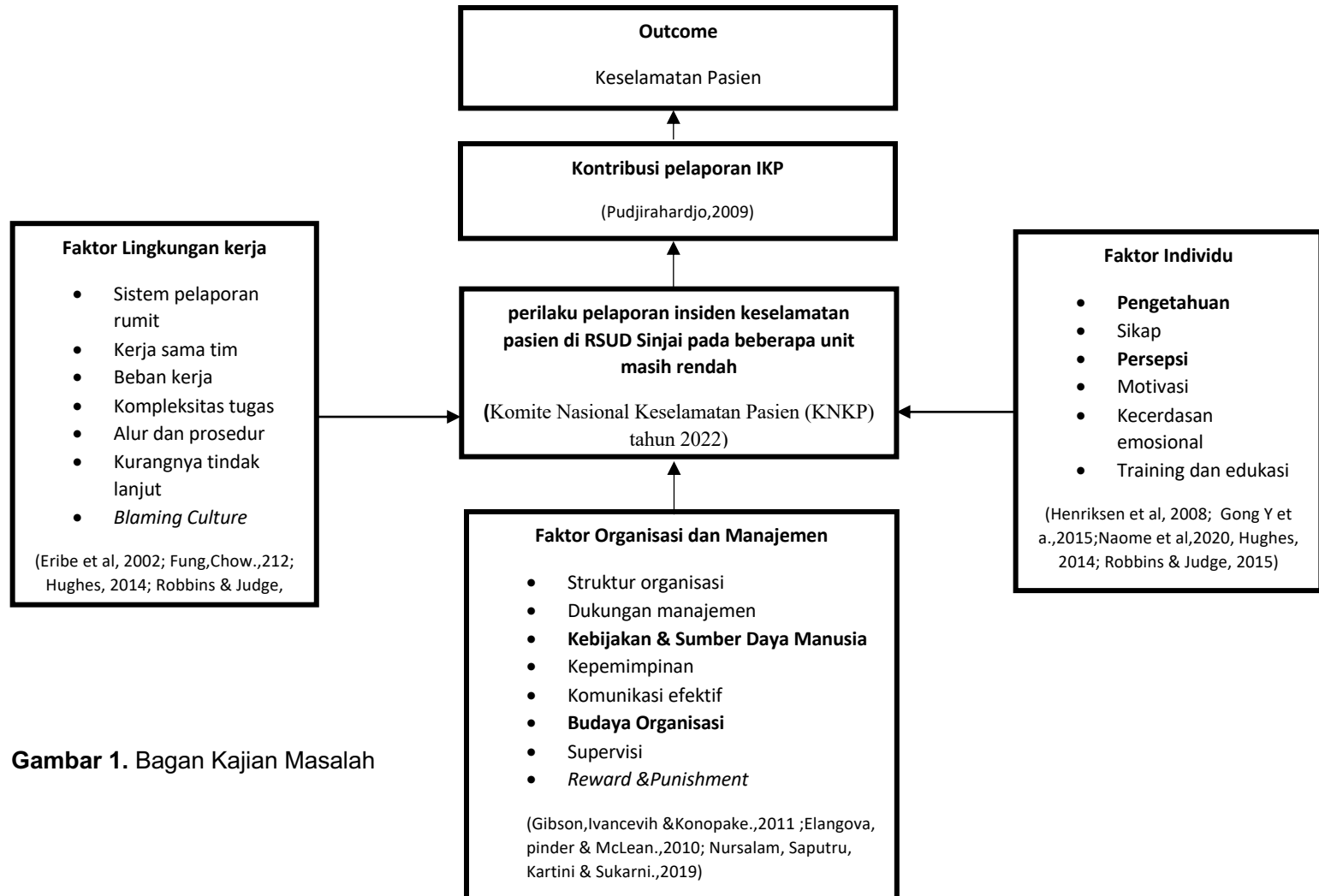
Penerapan budaya keselamatan pasien termasuk pelaporan insiden di rumah sakit merupakan tanggung jawab pengelola rumah sakit sebagai penyedia pelayanan kesehatan, namun keberhasilannya merupakan tanggung jawab semua pihak yang bekerja di rumah sakit baik medis maupun non medis. Hal ini memerlukan keterlibatan dan komitmen yang tinggi dari organisasi dan individu pemberi pelayanan, terutama bagi mereka yang berhubungan langsung dengan pasien (Wake, 2021).

Sistem keselamatan pasien sangat bergantung pada kesadaran petugas kesehatan untuk melaporkan setiap insiden yang terjadi. Meskipun penting, frekuensi dan budaya pelaporan insiden oleh petugas masih rendah atau kurang memadai, bahkan banyak insiden yang tidak dilaporkan (Dhamanti et al., 2020). Rendahnya pelaporan insiden ditunjukkan dalam banyak penelitian, antara lain penelitian yang dilakukan oleh Kingston menunjukkan bahwa sekitar 76%-82% insiden keselamatan pasien tidak dilaporkan oleh petugas (Gunawan et al., 2015).

RSUD Sinjai sendiri, meskipun telah melahirkan suatu inovasi yang bertujuan untuk meningkatkan motivasi petugas untuk menyampaikan laporan insiden keselamatan pasien yaitu ARISAN IKP

(Transformasi sistem pelaporan IKP) namun fenomena pelaporan IKP yang belum menjadi budaya bagi seluruh profesional kesehatan di RSUD Sinjai, sehingga berangkat dari masalah perlu dianalisis secara mendalam serta pentingnya dilakukan survey terhadap distribusi profesi yang melaporkan insiden keselamatan pasien di rumah sakit sebagai langkah awal untuk dapat meningkatkan upaya keselamatan pasien, perlu bagi pihak RSUD Sinjai untuk terlebih dahulu mengetahui apa saja faktor yang mempengaruhi perilaku pelaporan IKP yang ada di Rumah sakit. Maka dari itu peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul **“FAKTOR - FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PERILAKU PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN SINJAI TAHUN 2024”**.

Adapun kajian masalah dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1. Bagan Kajian Masalah

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan kajian masalah yang telah diuraikan, ditemukan berbagai macam masalah yang menjadi faktor yang mempengaruhi pelaporan IKP, dengan demikian hal ini perlu dikaji lebih mendalam, Maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut:

1. Bagaimana pengetahuan terkait perilaku pelaporan insiden keselamatan pasien di RSUD Sinjai?
2. Bagaimana persepsi petugas terkait perilaku pelaporan insiden keselamatan pasien di RSUD Sinjai?
3. Bagaimana budaya organisasi terkait perilaku pelaporan insiden keselamatan pasien di RSUD Sinjai?
4. Bagaimana kebijakan dan sumber daya manusia terkait perilaku pelaporan insiden keselamatan pasien di RSUD Sinjai?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk mengeksplorasi faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku pelaporan insiden pada penerapan budaya keselamatan pasien di RSUD Sinjai tahun 2024

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengeksplorasi pengetahuan terkait perilaku pelaporan insiden keselamatan pasien di RSUD Sinjai?
2. Untuk mengeksplorasi persepsi petugas terkait perilaku pelaporan insiden keselamatan pasien di RSUD Sinjai?
3. Untuk mengeksplorasi budaya organisasi terkait perilaku pelaporan insiden keselamatan pasien di RSUD Sinjai?
4. Untuk mengeksplorasi kebijakan dan sumber daya manusia terkait perilaku pelaporan insiden keselamatan pasien di RSUD Sinjai?

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat Ilmiah

Sebagai kontribusi terhadap pengembangan ilmu pengetahuan dalam bidang manajemen rumah sakit khususnya dalam budaya keselamatan pasien di RSUD Kabupaten Sinjai untuk meningkatkan strategi pengembangan mutu pelayanan serta menjadi salah satu sumber referensi bagi penelitian lainnya untuk meningkatkan strategi pengembangan mutu pelayanan di rumah sakit.

1.5.2 Manfaat Praktis

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi dan bahan evaluasi dalam menilai mutu pelayanan di RSUD Sinjai khususnya dalam mengevaluasi pelaksanaan program keselamatan pasien.

1.5.3 Manfaat Bagi Peneliti

Sebagai tambahan pengetahuan dan wawasan peneliti dalam bidang penelitian khususnya berkaitan pelaporan insiden keselamatan pasien (*patient safety*) dan kesehatan, yang dapat mendukung kolaborasi penelitian di masa depan. dan sebagai syarat untuk mendapatkan gelar MARS.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Keselamatan Pasien

2.1.1 Definisi Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien adalah pasien bebas dari bahaya yang seharusnya tidak terjadi atau yang berpotensi terjadi yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Bahaya yang dimaksud meliputi penyakit, cedera fisik/psikologis, kecacatan, dan kematian (KKPRS, 2015). Menurut WHO (2021), keselamatan pasien adalah suatu kerangka kerja terorganisir yang menciptakan budaya, proses, prosedur, perilaku, teknologi, dan lingkungan dalam perawatan kesehatan yang secara konsisten dan berkelanjutan menurunkan risiko, mengurangi terjadinya bahaya yang dapat dihindari, memperkecil kemungkinan kesalahan dan mengurangi dampak bahaya jika terjadi. Keselamatan pasien adalah suatu sistem yang menjadikan pelayanan pasien menjadi lebih aman. Sistem ini meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi (Kemenkes, 2017).

Untuk memastikan keselamatan pasien, diperlukan penegakan sistem operasional dan proses untuk meminimalkan kemungkinan kesalahan dan memaksimalkan cara yang mencegah kesalahan. Dengan kata lain, program ini tidak hanya berfokus pada satu institusi (rumah sakit), namun secara luas memerlukan sistem dan kebijakan di tingkat organisasi yang menghimpun institusi kesehatan dan tingkat nasional. Lebih lanjut Institute of Medicine (IOM) dalam Kohn et al (2000), mengajukan lima prinsip dalam merancang keselamatan pasien di organisasi kesehatan yaitu:

- a. Kepemimpinan yaitu menjadikan keselamatan pasien sebagai tujuan utama/prioritas, menjadikan keselamatan pasien sebagai tanggung jawab bersama, menunjuk seseorang yang bertanggung jawab dalam program keselamatan pasien, menyediakan sumber daya untuk analisa kesalahan dan melakukan modifikasi ulang sistem, mengembangkan mekanisme yang efektif untuk mengidentifikasi perilaku tidak aman.
- b. Memperhatikan keterbatasan manusia dalam perancangan proses, mencakup: desain kerja dalam kerangka keselamatan, menyederhanakan proses, membuat standar proses.
- c. Mengembangkan tim yang efektif.
- d. Mengantisipasi terhadap kejadian yang tidak terduga, meliputi: pendekatan proaktif, menyediakan antidotum, dan training simulasi.
- e. Menciptakan atmosfer pembelajaran, berupa: penggunaan simbol, mendorong pelaporan kejadian, memastikan tidak ada tekanan saat melaporkan kejadian, dan mengimplementasikan mekanisme umpan balik dan belajar dari kesalahan.

Menurut Nursalam (2017), variabel yang digunakan untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas pelayanan keperawatan yang berpengaruh pada pelayanan kesehatan disebut patient safety. Dunia kesehatan mulai peduli pada isu patient safety setelah kasus malpraktik banyak terjadi di seluruh dunia yang diwartakan melalui beragam media cetak baik elektronik maupun jurnal-jurnal ilmiah terkenal.

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1691 menjelaskan bahwa keselamatan pasien rumah sakit yang mencakup pengkajian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang

berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi menjadikan asuhan pasien lebih aman. Selain itu, asuhan pasien yang lebih baik meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien disebut insiden keselamatan pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), dan Kejadian Potensial Cedera (KPC) (Depkes RI, 2011).

2.1.2 *International Patient Safety Goals*

The Sentinel Event Alert Advisory Group dibentuk pada Februari 2002 untuk memberikan saran kepada The Joint Commission (TJC) perihal pengembangan tujuan keselamatan pasien nasional. Tujuan dari TJC keselamatan pasien nasional yaitu menangani bidang-bidang khusus yang menjadi perhatian sehubungan dengan keselamatan pasien bekerjasama dengan organisasi terakreditasi (Cherry & Jacob, 2016).

Berdasarkan Joint Commission Internasional (2018) dan (Academy ACT, 2017) komponen dari International Patient Safety Goals (IPSG) terdiri dari:

1. Ketepatan mengidentifikasi pasien Identifikasi dilakukan pada saat:
 - a. Pemberian obat, darah, atau produk darah
 - b. Pengambilan darah/spesimen pemeriksaan.
 - c. Sebelum melakukan tindakan/prosedur pelayanan
2. Peningkatan komunikasi yang efektif
 - a. Lakukan tehnik SBAR (Situation Background Analysis Recommendation) untuk pelaporan pelayanan verbal.

- b. Lakukan TBK (Tulis Baca Konfirmasi) untuk semua perintah verbal dan pembacaan hasil pemeriksaan uji laboratorium yang kritis, dan beri tanda TBK pada setiap dokumentasinya.
3. Waspada penggunaan obat HAM (High Alert Medication)

Penggunaan obat HAM harus minimal menggunakan 10 benar : benar pasien, benar rute, benar obat, benar dosis, benar waktu, benar pengkajian, benar informasi, benar kadaluarsa, benar efek samping, dan benar dokumentasi.
4. Memastikan operasi yang aman (tepat prosedur, tepat lokasi dan tepat pasien pembedahan)
5. Menurunkan resiko infeksi

Resiko infeksi bisa dikontrol dengan melakukan cuci tangan prosedural hands rub/antiseptik berbasis alkohol apa hands wash/menggunakan air mengalir dan sabun.
6. Mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh

Penilaian resiko jatuh pada anak menggunakan Humpty Dumpty sedangkan untuk dewasa menggunakan Metode Morse Fall. Penggunaan gelang berwarna kuning dan papan penanda resiko jatuh wajib terpasang

2.1.3 Tujuan Keselamatan Pasien

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017, keselamatan pasien diatur untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Tujuan tersebut dicapai dengan melakukan manajemen risiko pada setiap aspek pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan. Tujuan akhir keselamatan pasien dalam Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 yaitu mencapai penurunan semaksimal mungkin dalam menghindari bahaya karena pelayanan kesehatan yang tidak aman secara global (WHO, 2021).

2.1.4 Standar keselamatan Pasien

Dalam penyelenggaraan keselamatan pasien, diperlukan adanya standar keselamatan pasien sebagai acuan untuk melaksanakan kegiatannya. Standar keselamatan pasien wajib diterapkan di fasilitas 18 layanan kesehatan. Standar keselamatan pasien meliputi tujuh standar (Permenkes RI. Nomor 11, 2017; (Trotsek, 2017); (Nasution, 2018) yaitu:

1. Hak pasien;
2. Mendidik pasien dan keluarga;
3. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan;
4. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien;
5. Mendidik staf tentang keselamatan pasien;
6. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien.

2.1.5 Sasaran Keselamatan Pasien

Fasilitas layanan kesehatan selain diwajibkan melaksanakan standar keselamatan pasien, juga melakukan perbaikan-perbaikan tertentu dalam keselamatan pasien. Penyusunan sasaran keselamatan pasien ini mengacu pada nine life saving patient safety solution dari WHO (2007) dan Joint Commission International (JCI) "International Patient Safety Goals (IPSGs)" (Nasution, 2018), ada 7 sasaran penerapan keselamatan pasien yaitu:

1. Ketepatan identifikasi pasien;
2. Peningkatan komunikasi yang efektif;
3. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai;
4. Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi;
5. Pengurangan resiko infeksi terkait pelayanan kesehatan;
6. Pengurangan resiko pasien jatuh

2.1.6 Faktor Penghambat Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien di rumah sakit adalah sistem pelayanan dalam memberikan pelayanan kepada pasien aman disuatu rumah sakit. Mengukur resiko, mengidentifikasi/mengelola resiko terhadap pasien, menganalisa kejadian, belajar menindak lanjuti kejadian serta menerapkan solusi untuk mengurangi resiko terganggunya keselamatan pasien, yang merupakan indikator dari sistem pelayanan yang aman bagi pasien di rumah sakit (Murdyastuti, 2010).

Fenomena terganggunya keselamatan pasien dalam sebuah pelayanan pelayanan telah menjadi isu yang mendunia, fakta menunjukkan bahwa banyak pasien rumah sakit mengalami kejadian yang tidak diharapkan (KTD). Kejadian yang tidak diharapkan lebih banyak disebabkan karena kesalahan pengobatan atau kesalahan pelayanan dan bukan dari kesalahan yang ditimbulkan pasien.

2.1.7 Tujuh Langkah Keselamatan Pasien

Dalam rangka memastikan keselamatan pasien, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien. Standar keselamatan pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisis, dan menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian yang tidak diharapkan. Sejalan dengan itu, penting bagi rumah sakit untuk menilai kemajuan yang telah dicapai dalam memberikan asuhan yang lebih aman. Menurut Kementerian Kesehatan (2017), terdapat tujuh langkah yang dapat diambil untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit. Dengan mengimplementasikan langkah-langkah ini, rumah sakit dapat mengarahkan upaya mereka dalam perencanaan kegiatan dan

mengukur kinerja keselamatan pasien. Tujuh langkah tersebut dirancang untuk membantu rumah sakit mencapai tujuan mereka dalam hal Tata Kelola Klinik, Manajemen Risiko, dan Pengendalian Mutu.

Adapun 7 langkah menuju keselamatan pasien terdiri dari:

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.

2.2 Insiden Keselamatan Pasien

2.2.1 Definisi Insiden keselamatan Pasien

Kondisi keselamatan pasien yang tidak dijaga dan tidak diterapkan kepada pasien akan menimbulkan insiden keselamatan pasien. Menurut Permenkes 2017 tentang keselamatan pasien menyebutkan bahwa insiden keselamatan pasien adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien.

Insiden keselamatan pasien merupakan kejadian yang menyebabkan harm (penyakit, cedera, cacat, dan kematian), hal ini tidak seharusnya terjadi kepada pasien (KKPRS, 2015). Di tempat fasilitas layanan kesehatan, harus membuat sistem yang membuat pasien lebih aman dengan melakukan pengkajian resiko, dapat mengidentifikasi hal yang berhubungan dengan resiko pasien, melakukan pelaporan dan analisis insiden keselamatan pasien. Insiden keselamatan pasien terdiri dari :

1. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) Kondisi potensial cedera adalah situasi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera tetapi belum terjadi cedera dan kondisi atau situasi ini termasuk yang perlu untuk dilaporkan contohnya ruangan ICU yang sangat sibuk tetapi jumlah personil selalu kurang (understaffed), penempatan defibrillator di IGD ternyata diketahui bahwa alat tersebut rusak, walaupun belum diperlukan.
2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) Kejadian Tidak Cedera adalah suatu insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera, sebagai contoh darah yang sudah dialirkan tetapi tidak timbul gejala incompatibilitas.
3. Kejadian Tidak Cedera (KTC) Kondisi Nyaris Cedera adalah suatu tindakan yang seharusnya tidak menyebabkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan (commission) atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil (ommission), dapat terjadi karena keberuntungan, misal pasien menerima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat, karena "pencegahan", misalnya suatu obat dengan overdosis lethal akan diberikan, tetapi staf lain mengetahui dan membatalkannya sebelum obat diberikan, diketahui secara dini lalu diberikan antidotumnya.
4. Kondisi Potensial Cedera (KPC) Kejadian Tidak Diharapkan adalah suatu kejadian yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil, dan bukan karena penyakit atau kondisi pasien. KTD yang tidak dapat dicegah adalah suatu kesalahan akibat komplikasi yang tidak dapat dicegah (Unpreventable Adverse Event) dengan pengetahuan yang

mutakhir. Cedera dapat diakibatkan kesalahan medik atau bukan kesalahan medik yang tidak dapat dicegah.

5. Kejadian Sentinel

Sentinel merupakan kejadian tidak diharapkan yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius, biasanya dipakai untuk kejadian yang sangat tidak diharapkan atau tidak dapat diterima seperti operasi pada bagian tubuh yang salah. Pemilihan kata “sentinel” terkait dengan keseriusan cedera yang terjadi misalnya amputasi pada kaki yang salah dan sebagainya sehingga pencarian fakta terhadap kejadian ini mengungkapkan adanya masalah yang serius pada kebijakan dan prosedur yang berlaku.

Sebuah penelitian menyebutkan jenis kesalahan yang dilakukan petugas di rumah sakit meliputi kesalahan dalam kedisiplinan, komunikasi, hingga kesalahan teknis. Penyebab kesalahan tersebut adalah tidak memahami informasi, volume kerja tinggi, kurang pengetahuan, kurang tidur/ istirahat, kurang hati-hati, salah informasi, adanya aktivitas lain, kurangnya sarana

Menurut teori Reason (2000), Insiden keselamatan pasien disebabkan oleh dua faktor, yaitu kesalahan laten dan kesalahan aktif (Yeneke, 2015). Kesalahan laten terkait dengan insiden keselamatan pasien meliputi lingkungan eksternal, manajemen, lingkungan sosial atau organisasi, lingkungan fisik, interaksi antara manusia dan sistem. Kesalahan aktif berupa petugas yang salah dalam melakukan suatu

2.2.2 Tipe Insiden Keselamatan Pasien

Dalam menentukan tipe insiden maka terlebih dahulu kita akan melakukan analisis dan investigasi yang dibagi menjadi 15 kelompok, masing-masing kelompok mempunyai sub tipe insiden :

1. Tipe insiden administrasi klinik, prosesnya serah terima, perjanjian, antrian, rujukan, administrasi, pulang/keluar, pindah perawatan, mengidentifikasi pasien. consent, pembagian tugas, dan respon terhadap kegawatdaruratan. Masalah tidak performance ketika dibutuhkan/indikasi, tidak lengkap, tidak tersedia, salah pahan, salah pelayanan.
2. Tipe insiden prosedur klinik, sub tipenya dibagi menjadi dua yaitu:
 - a. Proses skrining/pencegahan, general care, test investigasi, spesimen/hasil, belum dipulangkan.
 - b. Masalah tidak performance ketika dibutuhkan, tidak lengkap, tidak tersedia, salah pasien, salah proses/pengobatan/prosedur dan salah bagian tubuh/sisi.
3. Dokumentasi, sub tipe insidennya:
 - a. Dokumen terkait order/peminatan, chart/rekam medik, konsultasi, checklist, form / sertifikat, instruksi/ informasi / kebijakan / SOP, label / identitas / kartu, surat / email / rekaman komunikasi, laporan / hasil / photo.
 - b. Masalah (dokumen hilang/tidak tersedia, terlambat mengakses dokumen, salah dokumen/salah orang, tidak jelas membingungkan dan informasi dan informasi dalam dokumen tidak lengkap.
4. Infeksi nosokomial/hospital associated infection, sub tipe insidennya yaitu :
 - a. Organisme: (bakteri, virus, jamur, parasit, protozoa), Protein yang infeksius organisme tidak teridentifikasi.
 - b. Infeksi : blood stream, bagian yang dioperasi, abses, pneumonia , kanul IV, protesis infeksi, drain/tube urin, dan jaringan lunak.
5. Cairan infus, yang dimana sub tipe insidennya ada tiga yaitu

- a. Medikasi/cairan infus yang terkait (daftar medikasi dan daftar cairan infus).
 - b. Proses penggunaan medikasi/cairan infus (peresepan, persiapan/dispensing, pemaketan, pemberian, supply/pesan, penyimpanan, monitoring).
 - c. Masalah (salah pasien, salah obat, salah dosis/kekuatan/frekuensi, salah dispensing label/instruksi, kontraindikasi, salah penyimpanan, omitted medicine or dose, obat kadaluarsa, dan adverse drug reaction (reaksi efek samping obat).
6. Transfusi darah, yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi tiga yaitu :
- a. Transfusi darah/produk darah terkait (transfusi, peresepan, persiapan, pengantaran, pemberian, penyimpanan, monitoring, pemaketan dan supply/pesan).
 - b. Masalah (salah pasien, salah darah/produk darah, salah dosis/frekuensi, salah jumlah form, salah dispensing/instruksi, kontraindikasi, salah penyimpanan, obat atau dosis yang diabaikan, darah kadaluarsa dan efek samping (adverse effect).
7. Nutrisi, dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi tiga yaitu : nutrisi yang terkait (diet umum dan diet khusus). Kedua, proses nutrisi (permintaan, persiapan, proses memasak, order, presentation, alokasi, pengantaran, pemberian dan penyimpanan). Ketiga, masalah (salah pasien salah diet, salah jumlah, salah frekuensi, salah konsistensi, dan salah penyimpanan).
8. Oksigen/gas, yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi tiga yaitu : pertama, oksigen/gas terkait (daftar oksigen/gas terkait). Kedua, proses penggunaan oksigen/gas (label

cilinder/warna kode, peresepan, pemberian, pengantaran, supply/order dan penyimpanan). Ketiga, masalah (salah pasien, salah gas, salah rate/flow/konsentrasi, salah mode pengantaran, kontraindikasi, salah penyimpanan, gagal pemberian dan kontaminasi).

9. Alat medis/ alat kesehatan, yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi dua yaitu : Pertama, tipe alat medis/alat kesehatan (daftar alat medis/alat kesehatan/equipment property). Kedua, masalah (pemaketan tidak baik, ketidaktersediaan, tidak bersih/tidak steril, kegagalan/malfungsi, user error).
10. Perilaku pasien yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi dua yaitu; Pertama, perilaku pasien (tidak kooperatif, tidak pantas/sikap bermusuhan/kasar, beresiko/berbahaya). Kedua, masalah dengan penggunaan abuse, mengganggu, diskriminasitif/berprasangka, berkeliaran, melarikan diri, sengaja mencederai diri, bunuh diri) dan agresion/assault (agresi verbal, kekerasan fisik, kekerasan seksual, kekerasan terhadap mayat, dan ancaman nyawa).
11. Jatuh yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi dua yaitu : Pertama, tipe jatuh (tersandung, slip, kolaps, hilang keseimbangan. Kedua, keterlibatan saat jatuh (velbed, tempat tidur, kursi, strecher, toilet, peralatan terapi, tangga dan dibawa/dibantu oleh orang lain
12. Kecelakaan yang dimana sub tipe insidennya, dibagi menjadi sembilan yaitu: pertama, benturan tumpul (kontak dengan benda/binatang, kontak dengan orang, hancur remuk dan gesekan kasar). Kedua, serangan tajam/tusukan (cakaran/sayatan, tusukan, gigitan/sengatan, serangan tajam dan lainnya). Ketiga, kejadian mekanik lainnya (benturan akibat

ledakan bom, kontak dengan mesin) peristiwa mekanik lain. Keempat, mekanisme panas (panas yang berlebihan dan dingin yang berlebihan). Kelima, ancaman pada pernapasan (ancaman mekanik pernafasan, pembatasan oksigen kekurangan tempat, confinement to oxygen deficient place). Keenam, paparan bahan kimia atau substansi lainnya (keracunan bahan kimia atau substansi yang lain dan bahan kimia korosif). Ketujuh, mekanisme spesifik yang lain menyebabkan cedera (paparan listrik/radiasi). Kedelapan, paparan suara/getaran, paparan tekanan udara. Kesembilan, paparan karena gravitasi rendah, dan paparan karena dampak cuaca/bencana alam.

13. Infrastruktur /bangunan/benda lain yang terpasang tetap yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi dua yaitu : pertama, keterlibatan struktur/bangunan (daftar struktur, daftar bangunan dan daftar furniture). Kedua, masalah (in-adekuat dan damaged/faulty/worm).
14. Resource/ manajemen organisasi yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi tiga yaitu : pertama , beban kerja manajemen yang berlebihan. Kedua, ketersediaan/keadekuatan tempat tidur/pelayan. Ketiga, sumber daya manusia, ketersediaan staf, organisasi, kebijakan/SOP.
15. Laboratorium/patologi yang dimana sub tipe insidennya dibagi menjadi dua yaitu : pertama, pengambilan/pick up, transportasi. Kedua, data entry, processing, verifikasi/validasi dan hasil.

2.3 Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Pelaporan IKP sebagai dasar untuk mewujudkan suatu sistem asuhan pasien yang lebih aman. Apabila terdokumentasi dengan baik dan semua petugas menerapkan budaya pelaporan setiap ada IKP maka pelaporan yang baik akan meningkatkan mutu keselamatan pasien. Pelaporan yang baik juga akan memberikan dukungan positif terhadap upaya-upaya identifikasi risiko insiden yang menyebabkan ancaman keselamatan pasien (Hwang et al., 2012).

Pelaporan dapat membangun sistem pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien dengan mendasarkan pada evident based (Koohestani & Baghcheghi, 2009). Berhenti pada tahap melaporkan saja tentu tidak akan meningkatkan mutu dan keselamatan pasien, yang terpenting adalah bagaimana melakukan suatu pembelajaran dari kesalahan tersebut sehingga dapat diambil solusi agar kejadian sama tidak terulang lagi (Iskandar et al., 2014)

Pelaporan IKP merupakan bagian dari program keselamatan pasien yang merupakan sebuah proses awal untuk pembelajaran (Pudjirahardjo, 2009). Pencatatan dan pelaporan IKP membutuhkan keterlibatan dan komitmen yang tinggi dari individu maupun organisasi. Kurangnya kepatuhan dalam melakukan pencatatan dan pelaporan akan mengakibatkan proses pembelajaran terkait insiden untuk perbaikan asuhan kepada pasien menjadi terhambat.

Sangat penting untuk melakukan pencegahan terhadap hal yang merugikan pasien dengan berusaha agar kejadian dilakukan tidak terjadi berulang ke pasien. Oleh sebab itu, pelaporan insiden keselamatan pasien sangat penting di seluruh unit pelayanan di rumah sakit. Sistem pelaporan ini akan membantu petugas kesehatan untuk mengidentifikasi jenis kejadian atau bahaya, membantu untuk mengidentifikasi sistem yang tidak jalan yang mempengaruhi proses pelaporan, (WHO, 2009).

Ada beberapa komponen yang harus diperhatikan dalam pelaporan insiden keselamatan pasien yaitu:

1. Sistem

Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien erat kaitannya dengan proses pembelajaran dan akuntabilitas. Pelaporan insiden dijadikan sebagai pembelajaran karena hasil dari pelaporan dapat meningkatkan pengalaman dan menjadi bahan untuk perbaikan sistem di masa yang akan datang. Sedangkan sistem akuntabilitas yaitu adanya tindak lanjut dari pihak manajemen untuk perawatan pasien yang aman dan nyaman. Sistem pelaporan penting untuk memperhatikan kerahasiaan data, dilakukan sistem pelaporan internal dan dilanjutkan ke sistem pelaporan eksternal.

2. Pelaporan Dalam proses pelaporan diawali dengan jenis laporan seperti kesalahan pengobatan, cedera, cedera yang serius yang menyebabkan pasien meninggal. Selanjutnya, mengidentifikasi jenis insiden yang terjadi seperti :

- a. Reportable Circumstance yaitu potensi bahaya terjadi namun tidak ada ada kerugian pada pasien.
- b. Near Miss adalah kejadian yang nyaris terjadi.
- c. No Harm Incident yaitu insiden yang terjadi namun tidak menimbulkan kerugian pada pasien.
- d. Adverse Event yaitu insiden yang merugikan pasien.

Pelaporan insiden keselamatan pasien harus jelas siapa yang akan melakukannya, apakah semua orang yang terlibat di dalamnya. Selanjutnya cara dalam melakukan pelaporan ada yang mengirimkan laporan tertulis, berbasis web, terpusat dalam data based, surat, faks, dan telpon. Agar prosesnya efektif sebaiknya cara pelaporannya media elektronik, email, internet agar pelapor dengan mudah mengakses dan melakukan pelaporan.

3. Analisis

Analisis merupakan tindakan penyelidikan terhadap sesuatu untuk mengetahui adanya hubungan sebab terhadap suatu peristiwa. Dalam pelaporan insiden keselamatan pasien, datanya dikumpulkan lalu dianalisis jenis insidennya, rencana tindak lanjutnya.

Langkah awal yang dilakukan adalah mengidentifikasi bahaya dilakukan untuk memprioritaskan tindakan yang akan dilakukan selanjutnya. Langkah kedua adalah menganalisis tren dengan menggunakan statistik terhadap kejadian yang terjadi dari waktu ke waktu. Langkah ketiga adalah melakukan analisis hubungan atau korelasi. Langkah keempat, analisis resiko dilakukan untuk menganalisis tingkat resiko, dan seberapa besar kejadian itu akan berulang lagi terjadi. Langkah kelima, menganalisis kausal artinya menganalisis adanya faktor penyebab dari berbagai sumber, contohnya beban kerja, komunikasi, kerja tim, lingkungan, hubungan korelasi dengan banyak sebab akibat. Dan yang terakhir adalah analisis sistem dimana melakukan pengumpulan data terkait dengan strategi peningkatan pelaporan insiden keselamatan pasien dan penghambat pelaksanaan insiden keselamatan pasien.

2.3.1 Alur pelaporan IKP

Pelaporan IKP penting dilakukan karena pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang lagi. Pelaporan IKP dibuat melalui suatu sistem pelaporan insiden di rumah sakit yang meliputi kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan dan prosedur pelaporan yang harus disosialisasikan pada seluruh karyawan. Rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan insiden yang meliputi KTD, KNC, dan kejadian sentinel sesuai dengan Panduan Nasional Keselamatan Pasien (Depkes, 2006). Pelaporan IKP merupakan hal yang fundamental dalam mendeteksi suatu resiko, kesalahan, dan IKP yang terjadi di rumah sakit (Gunawan et al., 2015).

Pelaporan IKP dilakukan secara internal dan eksternal. Pelaporan internal dilakukan dengan mekanisme/alur pelaporan keselamatan pasien rumah sakit di lingkungan internal rumah sakit. Pelaporan eksternal dilakukan dengan pelaporan dari rumah sakit ke KKPRS nasional. Dalam lingkup rumah sakit, unit keselamatan rumah sakit melakukan pelaporan kepada Direktur rumah sakit (KKPRS, 2015).

2.3.2 Peran Petugas dalam Pelaporan IKP

Menurut panduan pelaporan keselamatan pasien tahun 2008, pelaporan insiden dapat dilakukan bukan hanya oleh perawat namun dapat dilakukan oleh orang yang dapat melaporkan kejadian seperti karyawan rumah sakit, dokter, perawat, petugas lain, pasien, dan pendamping pasien. Dokter dan perawat merupakan tenaga profesional yang dapat melaporkan insiden lebih banyak, akan tetapi perawat lebih sering melakukan pelaporan insiden (Anggraeni & Azzuhri, 2016) ; Engeda, 2016 ; Evans et al., 2006; Kingston et al., 2004; Wild & Bradley, 2005).

Australian Incident Monitoring System (AIMS) menyatakan bahwa pada periode tahun 1998-2002 pelaporan IKP oleh perawat sebesar 88% dan dokter hanya 2%. Dokter senior lebih sedikit melakukan pelaporan dibandingkan dengan dokter junior (Evans et al., 2006).

Penelitian lain menyebutkan pelaporan IKP oleh perawat lebih banyak dibandingkan dengan dokter junior. Hal ini disebabkan dokter junior belum memiliki pengetahuan dan pelatihan yang cukup mengenai keselamatan pasien, salah satunya pelaporan IKP (Bagenal et al., 2016). Namun pada dasarnya dokter maupun perawat dan tenaga medis lainnya menyadari bahwa mereka mempunyai peranan dalam melakukan pelaporan (Evans et al., 2006; Kingston et al., 2004)

Perawat merupakan salah satu komponen tenaga pelayanan di rumah sakit yang memiliki intensitas paling tinggi sehari-hari dalam berinteraksi dengan pasien dibandingkan dengan komponen pelayanan lainnya. Perawat sebagai anggota inti tenaga kesehatan yang jumlahnya tersebar di rumah sakit sebesar 40%-60% dan pelayanan keperawatan merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang mewujudkan keselamatan pasien dan kesehatan kerja di rumah sakit (Depkes, 2008).

Pelayanan yang diberikan oleh perawat tidak hanya perawatan langsung namun juga pemeriksaan keadaan klinis pasien. Perawat selalu berhadapan dengan bahaya yang mengancam keselamatan pasien dan petugas itu sendiri. Selain itu perawat juga harus melakukan pelayanan yang terintegrasi dengan lintas profesi dan unit (Twigg, 2015). Hal ini membuat perawat mempunyai peranan penting dalam menentukan baik buruknya mutu pelayanan di rumah sakit. Mutu dalam pelayanan

rumah sakit berguna untuk mengurangi tingkat kesalahan atau kecatatan (Herawati, 2015). Mutu layanan medis (medical servis) merupakan bagian yang tidak terpisahkan dengan keselamatan pasien. Secara matematis mutu layanan medis berbanding terbalik dengan insiden medical error. Maka, peningkatan mutu pada medical servis akan menurunkan insiden medical error di rumah sakit (Herawati, 2015).

Keselamatan pasien bagi perawat tidak hanya merupakan pedoman tentang apa yang seharusnya dilakukan, tetapi keselamatan pasien merupakan salah satu kode etik perawat dalam memberikan pelayanan yang aman, sesuai kompetensi, dan berlandaskan kode etik bagi pasien. Perawat akan melaporkan kesalahan pelayanan apabila perawat merasa aman dan mendapat perlakuan terbuka dan adil (Assosiation, 2004).

2.3.3 Faktor yang memperngaruhi keselamatan pasien

Faktor-faktor organisasi dan manajemen yang mempengaruhi pelaksanaan pasien safety di rumah sakit

1. Faktor pasien safety

Menurut Bennett & Brachman"s dalam Syarandhari (2016), mengatakan bahwa faktor organisasi dan manajemen yang mempengaruhi implementasi pasien safety antara lain:

- a. Budaya Keselamatan adalah keyakinan seseorang atau sekelompok orang, sikap, persepsi, kemampuan yang dimiliki, dan perilaku yang mendukung manajemen dan program pasien safety.
- b. Pemimpin memegang peranan yang sangat penting dalam implementasi program keselamatan pasien.

- c. Komunikasi efektif adalah jelas, tepat waktu, akurat, lengkap dan mudah dipahami oleh orang lain/pasien serta meminimalkan timbulnya insiden.
- d. Petugas kesehatan mempunyai peranan penting terhadap pelaksanaan pasien safety, contohnya kepedulian petugas terhadap kepatuhan hand hygiene untuk mengurangi penularan patogen, perubahan perilaku yang paling mendasar untuk petugas kesehatan.

2. Faktor Pelaporan Insiden

Menurut Fung et al., (2012), faktor-faktor yang mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien yaitu:

a. Karakteristik Individu

Karakteristik individu sangat berpengaruh dalam pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien karena apa yang menjadi karakteristik petugas kesehatan itulah yang akan di bawah kedalaman dunia kerja, diantaranya adalah pengetahuan, sikap, tingkat pendidikan, motivasi dalam bekerja, pengalaman kerja, pelatihan yang diikuti dalam pengembangan dirinya.

b. Ketakutan (blamming culture)

Temuan yang didapatkan oleh Fung et al., (2012), mengatakan bahwa petugas kesehatan menunjukkan rasa takut disalahkan, serta merasa takut tidak dianggap berkompeten, takut terhadap pemberhentian dalam pekerjaan, saat melaporkan masalah atau insiden yang dilakukannya. Sehingga budaya saling menyalahkan masih terus terjadi diantara petugas kesehatan. Di suatu organisasi bilah terjadi insiden pimpinan hanya berfokus pada analisis terhadap kesalahan tanpa adanya budaya saling

menyalahkan, dan sebaiknya tidak perlu memberikan sanksi pada petugas yang sudah berani melaporkan masalah yang dialaminya. Namun, petugas yang bersalah diberikan pembinaan terhadap kesalahan awal yang dilakukannya, tetapi jika dia masih melakukan kesalahan yang sama baru di berikan sangsi.

c. Umpan balik

Dalam pelaporan insiden keselamatan pasien umpan balik yang efektif sangat penting agar organisasi memahami apa yang menjadi kelemahan, kegagalan untuk jauh lebih baik di masa yang akan datang. Umpan balik harus diberikan kepada seluruh staf atau petugas kesehatan kesadaran petugas semakin bertambah demi untuk keselamatan.

Menurut Benn et al, dalam Brunsveld-Reinders et al., (2016), ada lima model umpan balik dalam pelaporan insiden keselamatan pasien:

- 1) bounce back (informasi kepada pelapor),
- 2) respon cepat (tindakan dalam sistem kerja lokal),
- 3) meningkatkan risiko kesadaran (informasi untuk semua personel lini depan),
- 4) informasikan staf tindakan yang diambil (informasi kepada pelapor dan komunitas pelaporan yang lebih luas) dan
- 5) meningkatkan keamanan sistem kerja (tindakan dalam pekerjaan lokal sistem).

d. Reward/Panishments

Reward adalah apresiasi yang diberikan dalam bentuk material ataupun ucapan baik secara perorangan ataupun lembaga untuk prestasi, berhasil dalam melakukan sesuatu tertentu (Nursalam, Saputri, Kartini, & Sukartini, 2019). Dalam pelaporan insiden keselamatan pasien pimpinan

pihak manajemen perlu untuk memberikan insentif, tindakan disiplin, ada suvey dan wawancara yang berkelanjutan dari manajemen atau pihakpihak terkait.

e. Proses/Alur pelaporan insiden

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

f. Organisasi/manajemen

Human Error atau kelalaian yang dilakukan oleh manusia dapat dikatakan bahwa ketidakberhasilan manusia dalam menyusun perencanaan tindakan baik itu fisik maupun psikis akhirnya menghasilkan suatu insiden dalam organisasi yang efeknya dapat merugikan organisasi tersebut. Lebih lanjut, kejadian near miss merupakan suatu kondisi yang tidak bisa di hindari terjadi dan belum sampai menyebabkan kerugian pada pasien, tapi nyaris terjadi. Oleh sebab itu organisasi atau lembaga dalam meminimalkan insiden seperti near miss yang bisa membahayakan pasien apabila tidak ada tindak

lanjut dari pihak manajemen. Merancang pelayanan yang bermutu itu tergantung dari pengelolaan manajemen. Sistem pelaporan di suatu organisasi rumah sakit sangat penting untuk kualitas pelayanan, kepuasan pasien serta peningkatan kualitas pelayanan, karena suatu kejadian akan dijadikan sebagai pembelajaran agar kesalahan tersebut bisa diminalkan bahkan tidak lagi terjadi. Sebaliknya jika organisasi tidak peduli dengan kejadian yang ada maka insiden itu akan terus terjadi karena tidak ada pengawasan dari organisasi (Amaniyani et al., 2020).

g. Lingkungan kerja

Lingkungan kerja merupakan interaksi individu dengan pekerjaan mereka. lingkungan kerja dapat mengacu pada lingkungan suatu departemen, unit atau organisasi secara keseluruhan. Lingkungan kerja termasuk faktor yang mempengaruhi pelaporan insiden yang dapat menentukan kualitas keamanan dan pelayanan petugas kesehatan terhadap pasien. Terdapat perbedaan dalam pelaporan kesalahan pengobatan tergantung pada jenis unit petugas bekerja (Behavior & Peters, 1991).

h. Kecerdasan Emosional

Kecerdasan emosional seseorang mengacu pada kemampuan untuk memahami, mengevaluasi, mengekspresikan, dan mengatur emosi dan perasaan. Emosi adalah hasil dari reaksi terhadap suatu objek. Individu menunjukkan emosinya ketika mereka senang dengan promosi, sedih karena kehilangan kontrak kerja, atau marah karena perlakuan tidak adil yang diterima dari seorang manajer. Ketika bekerja atau melaksanakan tanggung jawab pekerjaan, pekerja terkadang harus mengekspresikan emosi

yang dibutuhkan (Gibson et al., 2000). Misalnya, perawat harus bersikap penuh perhatian, ramah, dan sopan. Di sisi lain, dokter harus menahan diri untuk menunjukkan emosi positif atau negatif, yang dapat menimbulkan dilema.

Pekerjaan yang menuntut keterlibatan emosi dengan frekuensi tinggi atau jangka panjang lebih menguras tenaga bagi karyawan. Jadi, keberhasilan seorang karyawan dalam memenuhi tuntutan emosional dari pekerjaan yang diberikan tidak hanya tergantung pada apa dan seberapa intens emosi yang perlu ditampilkan, tetapi juga tergantung pada seberapa sering dan untuk berapa lama. usaha tersebut perlu dilakukan. Orang yang mengerti emosi mereka sendiri dan pandai membaca emosi orang lain mungkin akan lebih efektif dalam mengerjakan pekerjaan mereka. Kemampuan seseorang untuk mengenali dan mengelola emosi mereka dan berempati kepada orang lain disebut dengan *emotional intelligence* (Gani et al., 2020).

2.3.4 Tinjauan Umum Faktor Pendorong

1) Pengetahuan terhadap Keselamatan

Pengetahuan dapat digambarkan sebagai kumpulan informasi, konsep, fakta, dan pemahaman yang dimiliki seseorang mengenai suatu subjek atau topik tertentu. Hal ini melibatkan pemahaman tentang hubungan antara konsep-konsep yang berbeda dan kemampuan untuk mengaplikasikan pengetahuan tersebut dalam situasi yang relevan. Pengetahuan bersifat dinamis dan terus berkembang seiring waktu. Orang dapat memperoleh pengetahuan baru, memperbarui atau memperluas pengetahuan yang ada, dan mengubah pengetahuan mereka

seiring dengan perubahan dalam dunia dan pengalaman pribadi mereka.

a) Definisi Pengetahuan Pengetahuan

berasal dari kata "tahu" yang memiliki beberapa arti, seperti mengerti setelah melihat, mengenal, dan memahami. Dalam artikel yang disusun oleh Darsini et al (2019) terdapat beberapa pengertian yang dikutip mengenai pengetahuan. Mubarak (2011) mendefinisikan pengetahuan sebagai segala sesuatu yang diketahui oleh manusia berdasarkan pengalaman pribadi, yang terus berkembang seiring dengan pengalaman individu.

b) Pengetahuan Keselamatan dalam Pelaporan IKP

Pengetahuan terkait keselamatan merupakan pengetahuan dan pemahaman yang dimiliki oleh individu tentang bahaya, risiko, dan tindakan yang harus diambil untuk menjaga keamanan di lingkungan kerja (T. M. Bisbey et al., 2021). Pengetahuan yang memadai mengenai keselamatan memungkinkan karyawan untuk mengenali ancaman terhadap keselamatan, mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat mengakibatkan situasi menjadi berbahaya, dan mengetahui prosedur yang tepat untuk mengatasi situasi tersebut. Dengan pengetahuan ini, karyawan dapat mengambil langkah-langkah yang diperlukan untuk melindungi diri sendiri dan orang lain dari risiko yang ada. Pengetahuan yang memadai juga mencakup pemahaman tentang harapan dan tugas-tugas yang terkait dengan keselamatan dalam pekerjaan sehari-hari. Karyawan perlu memahami tanggung jawab mereka terkait dengan keselamatan. Pengetahuan ini membantu karyawan menyadari tanggung jawab mereka dalam menghadapi isu-isu keselamatan penting di dalam organisasi. Dengan memiliki

pengetahuan yang memadai tentang prosedur keselamatan yang aman dan mempraktikkannya dalam tugas mereka, karyawan dapat menginternalisasi asumsi, nilai, dan norma yang mendukung budaya keselamatan. Pengetahuan ini menjadi dasar bagi individu untuk mengadopsi praktik dan sikap yang mengutamakan keselamatan, serta berkontribusi pada pembentukan budaya keselamatan yang kuat di dalam organisasi (T. M. Bisbey et al., 2021). Pengetahuan merupakan faktor pendorong atau faktor yang memungkinkan (enabling factor) dalam pengembangan budaya keselamatan (T. M. Bisbey et al., 2021).

Keselamatan pasien harus menjadi prioritas utama penyedia layanan kesehatan. Untuk mencapai hal ini, tenaga kesehatan yang terlibat didalamnya harus memiliki pengetahuan yang lebih tinggi tentang keamanan pasien agar dapat mengenali, menghentikan, dan memperbaiki kesalahan medis serta melindungi pasien dengan lebih baik. Pengetahuan dan sikap tenaga kesehatan berperan penting dalam kemampuan mereka untuk mengidentifikasi dan merespons situasi yang dapat mengancam keselamatan pasien secara tepat. Pemahaman yang mendalam tentang keamanan pasien, memungkinkan tenaga kesehatan akan lebih waspada dan teliti dalam mengidentifikasi serta mencegah terjadinya kesalahan medis dan peristiwa merugikan terkait pelayanan kesehatan. Dengan demikian, kesadaran dan pengetahuan yang tinggi tentang keamanan pasien akan membantu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan kepada para pasien (Biresaw et al., 2020).

c) Dimensi Pengetahuan

Menurut Krathwohl (2002), pengetahuan dapat dilihat dari berbagai dimensi yang berbeda yang mencerminkan tingkat kompleksitas dan pemahaman seseorang terhadap informasi atau konsep. Dimensi tersebut terdiri dari :

1. Pengetahuan factual (Factual Knowledge)

Pengetahuan faktual mengacu pada elemen dasar yang harus diketahui seseorang untuk memahami suatu disiplin ilmu atau memecahkan masalah didalamnya. Hal ini mencakup pemahaman tentang terminologi yang digunakan serta pengetahuan detail dan elemen spesifik yang relevan dalam suatu bidang tertentu. Selain itu, pengetahuan faktual juga mencakup pemahaman tentang fakta-fakta, informasi, dan konsep-konsep mendasar dalam suatu bidang pengetahuan tersebut. Ini melibatkan mengingat dan memahami informasi yang spesifik, seperti nama, tanggal, peristiwa sejarah, definisi, dan data empiris

2. Pengetahuan konseptual (Conceptual Knowledge)

Pengetahuan konseptual melibatkan pemahaman tentang hubungan antara konsep-konsep, prinsip-prinsip, dan teori dalam suatu bidang pengetahuan. Ini mencakup pemahaman tentang konsep-konsep abstrak yang terkait, prinsip-prinsip dasar yang menjadi landasan, serta kerangka pemikiran yang membentuk suatu topik. Selain itu, pengetahuan konseptual juga melibatkan pemahaman tentang klasifikasi dan kategori yang relevan, prinsip dan generalisasi yang berlaku, serta pengetahuan tentang teori, model, dan struktur yang berkaitan.

3. Pengetahuan prosedural (Procedural Knowledge)

Pengetahuan prosedural melibatkan pemahaman tentang langkahlangkah, prosedur, atau teknik yang digunakan untuk melakukan suatu tindakan atau menyelesaikan suatu tugas. Ini melibatkan kemampuan untuk menggunakan pengetahuan dalam praktik, mengikuti langkahlangkah tertentu, atau melaksanakan suatu proses.

4. Pengetahuan metakognitif (Metacognitive Knowledge)

Pengetahuan metakognitif melibatkan pemahaman tentang strategi belajar, pemahaman diri, dan pengaturan kognitif. Pengetahuan metakognitif juga melibatkan pemahaman tentang bagaimana individu belajar, memperoleh informasi, mengatur pemikiran mereka, dan mengatur strategi untuk mencapai tujuan belajar

2) Persepsi Petugas

Persepsi memengaruhi perilaku yaitu manajer percaya setiap karyawan diberi kesempatan untuk melakukan penilaian tentang pekerjaan tetapi karyawan merasa sama sekali tidak memiliki kebebasan untuk membuat penilaian. Contoh lain yaitu manajer menganggap sebuah produk sudah berkualitas tinggi tetapi karyawan menganggap produk tersebut buruk, seorang karyawan dinilai oleh seorang rekan kerja sebagai orang yang pekerja keras tetapi oleh rekan yang lain dinilai pemalas, atau seorang karyawan memandang kondisi kerja sebagai hal yang menyebalkan tetapi karyawan lain menganggap pekerjaan adalah hal yang menyenangkan (Gibson et al., 2011).

a) Definisi Persepsi

Persepsi adalah suatu proses kognitif yang seseorang menyeleksi, mengatur, menyimpan, dan menafsirkan suatu impuls dari panca indra ke dalam gambaran yang bermakna dan koheren.

Setiap individu memberikan makna tersendiri terhadap suatu impuls sehingga individu yang berbeda memandang sesuatu dengan cara yang berbeda. Persepsi memengaruhi perilaku dan membentuk sikap

b) Persepsi Petugas dalam Pelaporan IKP

Persepsi petugas terhadap pelaporan insiden keselamatan pasien dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk pemahaman mereka terhadap jenis insiden, sistem pelaporan yang ada, dan bagaimana pelaporan tersebut dapat mempengaruhi mereka secara pribadi dan profesional. Organisasi yang memiliki sistem pelaporan yang transparan, tidak menghukum, dan mendukung perbaikan berkelanjutan cenderung menghasilkan pelaporan yang lebih baik dan budaya keselamatan yang lebih kuat. Adapun untuk memperkuat pelaporan insiden keselamatan pasien, rumah sakit atau fasilitas kesehatan perlu memastikan bahwa pelaporan tersebut tidak hanya didorong oleh kebijakan formal, tetapi juga oleh budaya yang mendukung, pelatihan yang memadai, dan komunikasi yang efektif.

c) Dimensi Persepsi Petugas dalam Pelaporan IKP

Dimensi persepsi petugas dalam pelaporan insiden keselamatan pasien dapat dibagi menjadi beberapa aspek utama.

1. Pemahaman tentang Insiden Keselamatan Pasien (IKP).

Petugas harus memiliki pemahaman yang jelas mengenai apa yang dimaksud dengan insiden keselamatan pasien, baik yang berdampak pada pasien (seperti kesalahan medis, efek samping obat) maupun yang tidak berdampak langsung (near miss). Pemahaman yang baik mengenai definisi dan jenis insiden akan memudahkan mereka dalam

mengenali dan melaporkan insiden yang terjadi (Reason, 2000).

2. Persepsi terhadap sistem pelaporan yang ada. Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien seharusnya dipandang sebagai mekanisme yang mendukung keselamatan pasien, bukan sebagai alat untuk mencari kesalahan atau menghukum petugas. Jika petugas merasa bahwa pelaporan dapat membawa dampak negatif bagi karier atau reputasi mereka, mereka mungkin enggan untuk melaporkan insiden tersebut. Persepsi ini sangat dipengaruhi oleh budaya organisasi dan sikap manajemen terhadap pelaporan insiden (Kohn et al., 2000).
3. Persepsi terhadap tanggung jawab dan kewajiban profesional. Petugas kesehatan umumnya memiliki rasa tanggung jawab profesional yang tinggi dalam menjaga keselamatan pasien. Namun, persepsi mereka terhadap kewajiban ini dapat bervariasi, terutama jika mereka merasa bahwa pelaporan insiden akan memperburuk situasi atau mengalihkan perhatian dari upaya perawatan pasien. Rasa tanggung jawab moral dapat mendorong mereka untuk melaporkan insiden meskipun ada risiko atau tantangan (Runciman & Merry, 2001).
4. Persepsi tentang dampak pelaporan. Petugas sering kali merasakan adanya tekanan, baik dari rekan kerja, manajer, atau kebijakan organisasi, yang dapat mempengaruhi persepsi mereka terhadap dampak pelaporan. Jika mereka merasa bahwa pelaporan insiden akan berujung pada konsekuensi negatif (seperti hukuman, penurunan reputasi, atau kerugian finansial), mereka mungkin cenderung menghindari pelaporan (Vincent, 2011).

5. Persepsi terhadap dukungan manajerial. Dukungan yang kuat dari manajemen rumah sakit atau organisasi kesehatan sangat penting dalam menciptakan budaya pelaporan yang positif. Petugas cenderung lebih percaya diri untuk melaporkan insiden jika mereka merasa mendapat dukungan dari pihak manajemen, seperti adanya perlindungan bagi pelapor (whistleblower protection) dan transparansi dalam proses tindak lanjut laporan (Lawton & Parker, 2002).
6. Persepsi terhadap pelatihan dan pendidikan. Ketersediaan pelatihan yang efektif mengenai pelaporan insiden keselamatan pasien juga mempengaruhi persepsi petugas. Pelatihan yang kurang atau tidak memadai dapat membuat petugas merasa tidak yakin tentang bagaimana melaporkan insiden atau bahkan mengabaikan pentingnya pelaporan tersebut (Zegers, 2011).
7. Petugas akan cenderung melaporkan insiden jika mereka yakin bahwa pelaporan tersebut akan berdampak positif, seperti adanya perubahan yang signifikan dalam prosedur atau kebijakan yang mengurangi insiden serupa di masa depan. Sebaliknya, jika mereka merasa bahwa pelaporan tidak akan menghasilkan perbaikan, mereka mungkin merasa bahwa usaha tersebut sia-sia (Thomas & Petersen, 2003)

Dengan memahami dimensi-dimensi ini, kita dapat menciptakan budaya pelaporan yang lebih baik di rumah sakit atau fasilitas kesehatan, yang pada gilirannya dapat meningkatkan keselamatan pasien.

3) Budaya Organisasi

Budaya organisasi pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) merujuk pada nilai, sikap, dan norma yang ada dalam suatu organisasi kesehatan yang mendukung dan mendorong pelaporan insiden terkait keselamatan pasien. Dalam budaya yang baik, pelaporan insiden dianggap sebagai bagian penting dari upaya perbaikan sistem dan peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, bukan sebagai sarana untuk menghukum individu.

a) Definisi Budaya Organisasi

Budaya organisasi dalam pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) merujuk pada serangkaian nilai, sikap, dan praktik yang berkembang dalam suatu organisasi kesehatan, yang mempengaruhi cara anggota organisasi tersebut merespons dan menangani insiden keselamatan pasien. Ini mencakup pola pikir yang mendukung pelaporan insiden sebagai bagian dari sistem pembelajaran, bukan sebagai bentuk penilaian atau hukuman terhadap individu. Dalam budaya yang sehat, pelaporan insiden dianggap sebagai alat untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien dan mencegah kesalahan serupa di masa depan. (Kohn et al., 2000)

b) Budaya Organisasi Dalam Pelaporan IKP

Budaya ini menekankan pentingnya keterbukaan dan kejujuran, di mana petugas kesehatan merasa aman untuk melaporkan insiden tanpa takut akan hukuman atau pembalasan. Hal ini menciptakan lingkungan yang mendukung pelaporan tanpa rasa takut, sehingga informasi yang dikumpulkan dapat digunakan untuk meningkatkan keselamatan pasien. Tanpa hukuman (non-punitive culture) adalah prinsip utama dalam budaya ini, yang berarti bahwa kesalahan atau insiden dilihat sebagai bagian dari proses

pembelajaran dan bukan sebagai bentuk kegagalan individu. Dukungan dari pihak manajerial dan kepemimpinan sangat penting dalam menciptakan budaya pelaporan ini. Pimpinan yang memberi contoh dan memastikan ada tindak lanjut terhadap laporan insiden akan meningkatkan kepercayaan petugas untuk melaporkan kejadian yang terjadi. Selain itu, pelatihan dan pendidikan yang memadai juga diperlukan agar petugas memahami cara melaporkan insiden dengan benar dan mengetahui pentingnya proses pelaporan dalam upaya meningkatkan keselamatan pasien. Secara keseluruhan, budaya pelaporan IKP yang baik mengedepankan prinsip transparansi, perbaikan sistem, dan pembelajaran dari kesalahan untuk mencegah kejadian yang sama terulang di masa depan. (Lawton & Parker, 2002)

c) Dimensi Budaya Organisasi dalam Pelaporan IKP

1. Keterbukaan dan transparansi adalah dimensi yang memungkinkan komunikasi yang jujur dan terbuka mengenai insiden keselamatan pasien. Organisasi yang mendukung keterbukaan akan mendorong petugas kesehatan untuk melaporkan kesalahan atau insiden tanpa rasa takut akan repercusi negatif. Dalam budaya seperti ini, kesalahan atau insiden dilihat sebagai informasi yang berharga untuk memahami masalah yang ada dalam sistem, yang kemudian dapat diubah atau diperbaiki untuk mencegah kejadian serupa di masa depan (Reason, 2000).
2. Tanpa hukuman (non-punitive culture), yang merupakan prinsip utama dalam budaya pelaporan yang efektif. Dalam budaya tanpa hukuman, pelaporan insiden tidak mengarah pada penghukuman individu yang terlibat, melainkan bertujuan untuk mengidentifikasi dan memperbaiki masalah

yang mendasari insiden tersebut. Pendekatan ini mengurangi ketakutan petugas untuk melaporkan insiden, karena mereka tahu bahwa tujuan utama adalah untuk perbaikan sistem dan bukan untuk menyalahkan individu (Kohn et al., 2000).

3. Dukungan manajerial merupakan dimensi krusial lainnya dalam membentuk budaya pelaporan yang positif. Kepemimpinan yang kuat dan dukungan yang jelas dari manajer dan pimpinan organisasi sangat penting untuk membangun kepercayaan di antara petugas kesehatan. Jika manajemen memberikan contoh yang baik dan memastikan bahwa ada tindak lanjut yang nyata terhadap setiap laporan insiden, maka petugas akan lebih termotivasi untuk melaporkan insiden dengan jujur dan tepat waktu. Dukungan ini juga mencakup penyediaan sumber daya yang memadai untuk menangani dan menginvestigasi insiden yang dilaporkan (Lawton & Parker, 2002).
4. Pendidikan dan pelatihan menjadi dimensi yang tidak kalah penting dalam budaya organisasi pelaporan IKP. Petugas kesehatan yang dilatih dengan baik mengenai pentingnya pelaporan insiden, prosedur pelaporan yang benar, dan cara menangani kesalahan akan lebih percaya diri untuk melaporkan insiden. Pelatihan yang cukup juga meningkatkan pemahaman mereka tentang dampak positif dari pelaporan terhadap keselamatan pasien dan kualitas pelayanan kesehatan (Zegers, 2011).

Secara keseluruhan, dimensi-dimensi ini bekerja bersama untuk menciptakan budaya organisasi yang mendukung pelaporan insiden keselamatan pasien secara efektif. Budaya ini penting untuk meningkatkan keselamatan pasien,

meminimalkan risiko, dan memastikan perbaikan berkelanjutan dalam layanan kesehatan.

4) Kebijakan dan Sumber Daya Manusia

Kebijakan dan Sumber Daya Keselamatan Kebijakan memiliki peran yang sangat penting dalam suatu organisasi atau lembaga. Kebijakan yang terstruktur dan terukur memberikan kerangka kerja yang jelas bagi individu-individu di dalam organisasi untuk mengambil keputusan dan bertindak secara konsisten sesuai dengan tujuan organisasi. Dalam konteks ini, penyusunan kebijakan menjadi penting karena dapat memberikan panduan yang diperlukan untuk mengarahkan tindakan berbagai pihak di dalam organisasi. Selain itu, kebijakan berfungsi sebagai alat untuk mengelola risiko dan meminimalkan ketidakpastian. Dengan merumuskan kebijakan yang didasarkan pada pengetahuan dan pengalaman yang teruji, organisasi dapat mengidentifikasi dan mengatasi potensi risiko serta tantangan yang dihadapi. Kebijakan yang baik membantu organisasi mengantisipasi dan merespons perubahan lingkungan internal dan eksternal dengan cepat dan efektif.

a) Definisi Kebijakan dan Sumber Daya Kebijakan adalah alternatif yang dipilih berdasarkan prinsip-prinsip tertentu. berperan dalam menciptakan lingkungan yang adil, aman, dan selaras dengan nilai-nilai organisasi. Kebijakan yang mempromosikan kesetaraan, keberagaman, dan perlakuan yang adil dapat membantu menciptakan budaya organisasi yang inklusif dan mendukung perkembangan individu. Selain itu, kebijakan juga dapat memastikan kepatuhan terhadap hukum dan regulasi yang berlaku, sehingga organisasi dapat beroperasi dengan integritas dan

akuntabilitas yang tinggi. Penyusunan kebijakan juga penting untuk mendorong inovasi dan perbaikan berkelanjutan. Dengan merumuskan kebijakan yang mendukung eksperimen terkendali dan pembelajaran organisasional, organisasi dapat mendorong anggotanya mencari cara baru untuk meningkatkan kinerja dan mencapai tujuan. Kebijakan yang terus diperbarui dan disesuaikan dengan perkembangan teknologi dan praktik terbaik juga dapat membantu organisasi tetap relevan dan kompetitif di era yang terus berubah.

- b) Kebijakan dan Sumber Daya dalam Pelaporan IKP Untuk mencapai efektivitas dan kesuksesan sistem pelaporan insiden, penting untuk memiliki kebijakan yang baik dan sumber daya yang memadai sebagaimana dikemukakan oleh Archer et al (2017) dan Mitchell et al., (2015). Kebijakan yang jelas dan mendukung menciptakan lingkungan yang aman bagi pelapor insiden, pada gilirannya meningkatkan keterlibatan dalam pelaporan dan memberikan arah bagi sistem pelaporan insiden. Budaya yang mendorong pelaporan dan pembelajaran dari insiden juga terbentuk melalui kebijakan tersebut. Namun, kebijakan yang menimbulkan ketakutan akan konsekuensi buruk atau sanksi dapat menghambat pelaporan insiden. Selain kebijakan, sumber daya yang memadai juga penting dalam mendukung sistem pelaporan insiden. Ini termasuk peralatan dan infrastruktur yang memadai. Dengan adanya sistem dan proses pelaporan yang efektif serta dukungan dan pelatihan yang memadai bagi para penyedia layanan kesehatan, pelaporan insiden akan lebih dimungkinkan dan kualitas laporannya dapat ditingkatkan. Sumber daya yang memadai memastikan

pelaporan dilakukan dengan efisien dan data insiden dapat dianalisis dengan baik

c) Dimensi Kebijakan dan Sumber Daya pada Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Penyusunan kebijakan yang efektif untuk mendukung pelaporan insiden keselamatan pasien harus mempertimbangkan beberapa aspek penting yang relevan. Menurut WHO yang dikutip oleh Dhamanti et al., (2019), terdapat beberapa karakteristik dalam kebijakan agar sistem pelaporan insiden keselamatan pasien dapat berhasil. Karakteristik-karakteristik tersebut mencakup :

1. Non-punitive (Tidak menghukum)

Karakteristik ini menekankan bahwa sistem pelaporan insiden keselamatan pasien tidak akan menghukum individu yang melaporkan insiden atau melakukan kesalahan. Tujuannya adalah menciptakan lingkungan di mana pelapor merasa aman untuk melaporkan insiden tanpa takut akan sanksi atau hukuman. Pendekatan non-punitive mendorong transparansi dan pembelajaran organisasi daripada menyalahkan.

2. Confidential (Rahasia)

Karakteristik ini menekankan pentingnya menjaga kerahasiaan identitas pasien, pelapor, dan institusi serta informasi yang terkait dengan laporan insiden. Sistem pelaporan harus dirancang untuk memastikan bahwa informasi yang dilaporkan tetap rahasia dan tidak dapat diakses oleh pihak yang tidak berwenang. Kerahasiaan ini mendorong orang untuk melaporkan insiden dengan jujur dan terbuka tanpa takut akan pengungkapan identitas mereka atau konsekuensi negatif lainnya.

3. Independence (Independensi)

Karakteristik ini mengacu pada kemandirian sistem pelaporan insiden keselamatan pasien. Sistem pelaporan beroperasi secara terpisah dan tidak tergantung pada pihak atau otoritas yang memiliki kekuasaan untuk memberikan sanksi atau hukuman terhadap pelapor atau organisasi terkait. Terdapat pemisahan yang jelas antara unit yang bertanggung jawab atas pelaporan insiden dan unit yang bertanggung jawab atas disiplin atau sanksi. Dengan adanya "firewall" atau pemisahan, sistem pelaporan dapat beroperasi secara independen, tanpa adanya pengaruh atau intervensi dari pihak yang berwenang untuk menghukum atau memberikan konsekuensi negatif kepada pelapor atau organisasi.

4. Expert analysis (Analisis oleh Ahli)

Karakteristik ini menekankan pentingnya melibatkan ahli dalam menganalisis laporan insiden. Laporan insiden dievaluasi oleh para ahli yang memiliki pemahaman mendalam tentang situasi klinis dan dilatih untuk mengenali akar penyebab sistem yang mendasarinya. Para ahli tidak hanya fokus pada kesalahan individu, tetapi juga menganalisis peran sistem perawatan kesehatan secara menyeluruh dalam terjadinya insiden. Dengan melibatkan para ahli yang terlatih, sistem pelaporan dapat memberikan analisis yang komprehensif dan solusi yang efektif untuk meningkatkan keselamatan pasien secara keseluruhan. Ini membantu mengidentifikasi faktor sistem yang berkontribusi terhadap insiden dan menyusun rekomendasi yang tepat untuk mencegah terjadinya insiden serupa di masa depan.

5. Timely (Tepat Waktu)

Karakteristik ini menekankan bahwa sistem pelaporan insiden keselamatan pasien harus memastikan insiden yang terjadi segera dilaporkan. Selanjutnya, laporan tersebut dianalisis dengan cepat dan rekomendasi yang dihasilkan harus secara cepat disebarluaskan kepada pihak yang membutuhkannya, terutama ketika bahaya serius teridentifikasi.

6. System-oriented (Berorientasi pada Sistem)

Karakteristik ini menekankan pentingnya melihat insiden sebagai hasil dari kegagalan sistem, bukan hanya kesalahan individu. Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien harus mendorong analisis yang menyeluruh tentang faktor-faktor yang mendasari insiden, termasuk masalah dalam desain proses, koordinasi tim, atau kekurangan sumber daya. Pendekatan berorientasi sistem membantu mencegah kesalahan yang sama terjadi kembali dengan mengidentifikasi dan memperbaiki kelemahan dalam sistem perawatan kesehatan

7. Responsive (Responsif)

Karakteristik ini menekankan bahwa rekomendasi yang dihasilkan dari analisis insiden disebarkan kepada pihak terkait dan memastikan adanya komitmen untuk menerapkan informasi dan tindakan perbaikan yang direkomendasikan. Keselarasan dan konsistensi antara penyampaian rekomendasi dan implementasi tindakan perbaikan menjadi kunci keberhasilan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien

5) Kepemimpinan

Kemampuan seorang pemimpin memainkan peran yang sangat penting dalam menentukan keberhasilan atau kegagalan suatu usaha untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam rangka menggerakkan orang-orang atau bawahannya, pemimpin perlu memiliki keterampilan kepemimpinan (leadership skill) yang baik dan efektif. Keterampilan tersebut tidak hanya berperan dalam membangun organisasi yang tangguh, tetapi juga mendorong serta menekankan pentingnya kualitas produksi daripada kuantitas. Oleh karena itu, keahlian dalam memimpin sangat dibutuhkan untuk meningkatkan efisiensi dan mencapai tujuan organisasi (Badu & Djafri, 2017).

a. Definisi Kepemimpinan

Pemimpin adalah individu yang memimpin, dan kepemimpinan merupakan sifat yang harus dimiliki seorang pemimpin. Oleh karena itu, kepemimpinan adalah kemampuan untuk mempengaruhi manusia dalam melakukan dan tidak melakukan sesuatu. Kepemimpinan memiliki beragam definisi menurut para ahli sebagaimana dikemukakan oleh Badu & Djafri (2017) dalam bukunya yang berjudul "Kepemimpinan dan Perilaku Organisasi", antara lain :

- Miftah Thoha menyatakan “kepemimpinan adalah kegiatan untuk mempengaruhi perilaku orang lain, atau seni mempengaruhi perilaku manusia, baik perseorangan maupun kelompok.”
- Hadari Nawawi melihat kepemimpinan dari dua konteks yaitu “struktural dan nonstruktural. Dalam konteks struktural kepemimpinan diartikan sebagai proses pemberian motivasi agar orang-orang yang dipimpin

melakukan kegiatan dan pekerjaan sesuai dengan program yang telah ditetapkan. Adapun dalam konteks nonstruktural kepemimpinan dapat diartikan sebagai proses mempengaruhi pikiran, perasaan, tingkah laku, dan mengarahkan semua fasilitas untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan bersama”.

b. Kepemimpinan Dalam Pelaporan IKP

Kepemimpinan dalam Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Pengembangan budaya keselamatan pasien yang kuat merupakan prioritas utama dalam organisasi pelayanan kesehatan. Untuk mencapai tujuan ini, peran kepemimpinan menjadi sangat penting. Kepemimpinan yang efektif memiliki kemampuan untuk membentuk budaya keselamatan pasien yang positif dan mendorong pelaporan insiden. Sejumlah penelitian menunjukkan hubungan yang signifikan antara kepemimpinan yang berorientasi pada keselamatan pasien dengan peningkatan kepatuhan terhadap protokol keselamatan, penurunan tingkat kejadian insiden, dan pelaporan insiden.

Penelitian yang dilakukan oleh N. P. Appelbaum et al (2016) menunjukkan bahwa kepemimpinan transformasional, kepemimpinan transaksional, dan rasa aman psikologis memiliki peran penting dalam meningkatkan pelaporan insiden. Studi yang dilakukan oleh Barkhordari-Sharifabad & Mirjalili (2020) menyoroti peran penting kepemimpinan etis dalam meningkatkan pelaporan kesalahan. Chegini et al (2020) menunjukkan bahwa perilaku kepemimpinan coaching yang efektif dapat mempengaruhi niat perawat untuk melaporkan kesalahan. Penelitian oleh Jungbauer et al. (2018) menekankan bahwa kepemimpinan yang

melibatkan komunikasi yang terbuka, dukungan, kepercayaan, dan afeksi positif dapat mempengaruhi niat melaporkan insiden (Ko & Yu, 2017). menemukan bahwa perilaku kepemimpinan coaching dapat mempengaruhi niat melaporkan kesalahan oleh perawat melalui pelatihan, umpan balik konstruktif, dan dukungan dalam pengembangan keterampilan. Sementara itu, penelitian oleh Oweidat (2019) menyoroti pentingnya kepemimpinan yang efektif dan budaya organisasi yang mendukung dalam mendorong pelaporan insiden di rumah sakit. Dengan demikian, berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh N. P. Appelbaum et al (2016), Barkhordari-Sharifabad & Mirjalili (2020), Chegini et al (2020), Jungbauer et al., (2018), Ko & Yu (2017), Ngo et al., (2022) dan Oweidat (2019) dapat disimpulkan bahwa kepemimpinan yang efektif, termasuk kepemimpinan transformasional, kepemimpinan transaksional, kepemimpinan etis, dan perilaku kepemimpinan coaching memiliki peran penting dalam mendorong pelaporan insiden dan membentuk budaya keselamatan pasien yang positif

c. Dimensi dan Pengukuran Kepemimpinan

Salah satu pendekatan kepemimpinan yang relevan dan menjadi arah inovatif yang dapat diambil oleh organisasi pelayanan kesehatan dalam mendorong pelaporan insiden adalah perilaku kepemimpinan coaching (Leader Coaching Behavior) sebagaimana yang diungkapkan Ko & Yu (2017) dalam penelitiannya. Suatu pendekatan kepemimpinan di mana seorang pemimpin berperan sebagai pelatih (coach) bagi anggota timnya. Pendekatan ini memfokuskan pemimpin pada proses interaktif dan interpersonal untuk

menginspirasi, membimbing, dan mendukung staf mereka agar melaporkan insiden yang terjadi. Hal ini menciptakan budaya di mana pelaporan insiden dianggap penting dan dihargai sebagai langkah menuju perbaikan sistem dan peningkatan keselamatan pasien. Pendekatan perilaku kepemimpinan coaching (Leader Coaching Behavior) mengacu pada pendekatan kepemimpinan yang berfokus pada pengembangan individu dan tim melalui praktik pembinaan (coaching).

Pemimpin menggunakan berbagai teknik dan keterampilan untuk menumbuhkan kesadaran diri pada anggota tim tentang kekuatan, kelemahan, dan potensi mereka. Pemimpin menetapkan tujuan dan mengembangkan rencana tindakan untuk mencapai tujuan tersebut. Selanjutnya memberikan umpan balik yang konstruktif dan mendukung individu dalam proses pembelajaran dan pengembangan. Dalam prosesnya pemimpin menawarkan bimbingan dan dukungan untuk mengatasi tantangan dalam pencapaian tujuan. Pemimpin juga senantiasa mendorong kreativitas dan inovasi dengan menciptakan lingkungan yang terbuka dan suportif. Evaluasi dilaksanakan untuk mengukur dan memantau kemajuan individu dan tim (Chegini et al 2020; Ko & Yu, 2017) Dalam konteks Leader Coaching Behavior (LCB), terdapat empat faktor perilaku utama yang menjadi fokus dalam pendekatan kepemimpinan coaching. Faktor - faktor tersebut mempengaruhi dan membentuk dimensi kepemimpinan yang ada dalam suatu organisasi. Keempat faktor perilaku tersebut sebagaimana dikemukakan oleh Chegini et al (2020) dan Ko & Yu, (2017) adalah direction (arah), development (pengembangan),

performance evaluation (evaluasi kinerja), dan relationships (hubungan). Berikut adalah penjelasan lebih lanjut tentang masing-masing faktor perilaku tersebut :

1) Arah (Direction)

Faktor ini melibatkan kemampuan pemimpin untuk memberikan arahan yang jelas kepada anggota tim. Pemimpin yang menerapkan pendekatan ini mengkomunikasikan tujuan, visi, dan harapan organisasi dengan jelas, berperan sebagai fasilitator yang membantu anggota tim memahami tugas dan tanggung jawab mereka. Mereka menyediakan informasi yang diperlukan, seperti panduan, prosedur, atau instruksi rinci, untuk memastikan individu dapat mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam konteks keperawatan, manajer perawat memiliki peran krusial dalam memastikan bahwa setiap anggota tim memiliki pemahaman yang jelas tentang ekspektasi yang dibebankan pada mereka dan memiliki akses ke semua informasi yang dibutuhkan untuk mencapai tujuan tersebut. Dengan demikian, faktor Direction tidak hanya memfasilitasi kejelasan peran dan tanggung jawab, tetapi juga mendukung pencapaian tujuan organisasi secara efektif melalui arahan yang terstruktur dan komunikasi yang efisien.

2) Pengembangan (Development)

Faktor ini berkaitan dengan upaya pemimpin dalam mengembangkan individu dan tim secara keseluruhan. Pemimpin yang menerapkan perilaku kepemimpinan coaching akan menggunakan berbagai teknik dan keterampilan coaching untuk membantu anggota tim

mengenali dan mengembangkan potensi mereka. Mereka akan membantu anggota tim untuk meningkatkan keterampilan, pengetahuan, dan kemampuan mereka melalui dukungan, umpan balik, dan bimbingan yang konstruktif. Pemimpin menyediakan informasi dan sumber daya yang terkait dengan aktivitas kerja individu. Hal ini termasuk memberikan informasi yang diperlukan untuk menyelesaikan tugas-tugas yang diberikan dan menyediakan sumber daya yang relevan dengan pekerjaan yang sedang dilakukan. Pemimpin juga memberikan peluang pelatihan untuk pengembangan pendidikan individu, baik melalui pelatihan eksternal maupun internal. Mereka membantu individu untuk meningkatkan pengetahuan mereka dengan memberikan informasi yang diperlukan untuk melakukan pekerjaan dengan baik. Dengan menyediakan sumber daya dan pelatihan yang relevan, manajer perawat membantu dalam pengembangan individu, memperluas keterampilan mereka, dan meningkatkan kemampuan mereka untuk melakukan pekerjaan secara efektif dan efisien

3) Evaluasi Kinerja (Performance Evaluation)

Faktor ini melibatkan kemampuan pemimpin untuk mengevaluasi kinerja individu dan tim secara objektif. Pemimpin yang menerapkan perilaku kepemimpinan coaching memberikan umpan balik yang konstruktif dan mendukung terkait kinerja anggota tim. Mereka membantu anggota tim mengidentifikasi kekuatan, mengatasi kelemahan, dan merencanakan tindakan perbaikan untuk mencapai hasil yang diinginkan. Dalam

praktiknya, pemimpin memberikan evaluasi kinerja secara teratur menggunakan kriteria yang relevan, menunjukkan kesalahan individu secara objektif, dan memberikan umpan balik terperinci tentang pekerjaan. Melalui pendekatan ini, faktor Performance Evaluation membantu individu mengidentifikasi area perbaikan, mendorong pertumbuhan profesional, dan meningkatkan efektivitas dalam melaksanakan tugas perawatan, yang pada akhirnya berkontribusi pada peningkatan kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

4) Hubungan (Relationships)

Faktor ini berkaitan dengan kemampuan pemimpin dalam membangun hubungan yang baik dan saling mendukung dengan anggota tim. Pemimpin yang menerapkan perilaku kepemimpinan coaching akan menciptakan lingkungan kerja yang terbuka, suportif, dan kolaboratif. Mereka akan mendorong komunikasi yang efektif, memperhatikan kebutuhan individu, dan membangun hubungan yang kuat dengan anggota tim. Pemimpin juga akan mendorong kreativitas, inovasi, dan kerja tim yang produktif dalam mencapai tujuan bersama. Pemimpin membangun hubungan yang positif dengan individu dengan secara aktif mendorong dan memuji individu, mengakui nilai dan kontribusi mereka, mendengarkan dengan minat pada pendapat individu, dan berkomunikasi dengan mereka seperti rekan kerja. Tindakan yang dilakukan pemimpin tersebut akan menciptakan lingkungan kerja yang positif, mendorong kolaborasi yang baik dalam tim dan memperkuat

hubungan antara pemimpin dan bawahan sehingga membangun ikatan yang kuat yang dapat meningkatkan motivasi, kepuasan kerja, dan keterlibatan mereka dalam mencapai tujuan organisasi. Keempat faktor perilaku ini saling terkait dan saling melengkapi dalam pendekatan kepemimpinan coaching. Kombinasi keempat perilaku tersebut menciptakan lingkungan yang memfasilitasi pengembangan individu, peningkatan kinerja, dan keberhasilan tim secara keseluruhan.

2.4 Matriks Penelitian Terdahulu

Berdasarkan hasil kajian peneliti, maka berikut review dari hasil penelitian yang terkait:

Nama Peneliti Tahun Penelitian	Judul Penelitian	Metodologi Penelitian	Variabel Penelitian	Lokasi dan Sampel Penelitian	Hasil Penelitian
(Gao et al., 2019)	<i>Implications from China Patient Safety Incidents Reporting System</i>	Analisis: analisis statistikdeskriptif. Semua data yang sudah dikumpulkan dianalisis menggunakan <i>Micrososft Excel 2010</i> dan <i>SPSS 18.0software</i> .	Variabel independen: mekanisme operasionalChina <i>National Patient SafetyIncidents ReportingSystem</i> , menganalisis pola dantren pelaporan insiden dan membahas implikasi dari insiden yang dilaporkan Variabel dependen: implikasi dari insiden yang dilaporkan untuk	Desain: observasional berbasis nasional, berbasis registri Sampel: <i>database China National Patient SafetyIncident Reporting System</i> .	Selama 2012-2017, 36.498 insiden keselamatan pasien dilaporkan.Dengan menganalisis tren waktu, kami menemukan bahwa ada tren kenaikan signifikan pada insiden yang dilaporkan di Tiongkok. Jenis insiden yang paling umum adalah insiden terkait narkoba, diikuti oleh insiden

Nama Peneliti Tahun Penelitian	Judul Penelitian	Metodologi Penelitian	Variabel Penelitian	Lokasi dan Sampel Penelitian	Hasil Penelitian
			meningkatkan keselamatan pasien.		terkait keperawatan dan insiden terkait operasi. Tiga lokasi kejadian yang paling sering terjadi adalah Kamar Pasien (65,4%), Unit Perawatan Ambulatori (8,4%), dan Unit Perawatan Intensif (7,4%). Mayoritas insiden melibatkan perawat (40,7%), diikuti oleh dokter (29,5%) dan teknologi medis (13,6%). Sekitar 44,4% insiden dikaitkan

Nama Peneliti Tahun Penelitian	Judul Penelitian	Metodologi Penelitian	Variabel Penelitian	Lokasi dan Sampel Penelitian	Hasil Penelitian
					dengan staf junior (pengalaman kerja ≤ 5 tahun). Selain itu, insiden yang dipicu oleh staf senior (pengalaman kerja, >5 tahun) sering dikaitkan kerusakan parah pada pasien.
(Lee, 2016)	<i>Safety climate and attitude toward medication error reporting after hospital accreditation in South Korea</i>	Penelitian ini menggunakan desain penelitian cross-sectional, yang dilakukan melalui survei kuesioner. Survei ini mengumpulkan data dari tenaga medis di berbagai rumah sakit yang	Variabel Penelitian : a. Variabel independen : Iklim keselamatan di rumah sakit setelah akreditasi. b. Variabel dependen: Sikap tenaga medis terhadap pelaporan	Penelitian ini dilakukan di Korea Selatan, dengan rumah sakit yang telah mengalami proses akreditasi sebagai tempat penelitian Responden :	Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara iklim keselamatan di rumah sakit setelah akreditasi dengan sikap tenaga medis terhadap pelaporan kesalahan pengobatan. Tingkat

Nama Peneliti Tahun Penelitian	Judul Penelitian	Metodologi Penelitian	Variabel Penelitian	Lokasi dan Sampel Penelitian	Hasil Penelitian
		telah mengalami proses akreditasi di Korea Selatan		Perawat, sebelum dan setelah akreditasi (217 dan 373)	iklim keselamatan dan sikap terhadap pelaporan kesalahan pengobatan meningkat secara signifikan setelah akreditasi; namun, pengukuran kepemimpinan dan manajemen institusi tidak mengalami peningkatan yang signifikan. Persepsi partisipan terhadap iklim keselamatan berkorelasi positif dengan sikap mereka terhadap pelaporan kesalahan pengobatan; korelasi ini semakin kuat

Nama Peneliti Tahun Penelitian	Judul Penelitian	Metodologi Penelitian	Variabel Penelitian	Lokasi dan Sampel Penelitian	Hasil Penelitian
					setelah penyelesaian program
(Jenita <i>et al.</i> , 2019)	Analisis Faktor Yang Berhubungan Dengan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Berdasarkan Pendekatan Teori Kopelman Di Instalasi Rawat Inap (IRNA 1) RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang	Desain: deskriptif analitik	Variabel independen: karakteristik individu meliputi pengetahuan dan motivasi, karakteristik organisasi meliputi imbalan dan pelatihan, karakteristik pekerjaan yaitu umpan balik. Variabel dependen: Pelaporan insiden keselamatan pasien	Instrumen: kuesioner dan observasi Analisis: uji regresi logistic Sampel: 121 perawat di IRNA 1	Ada hubungan antara karakteristik organisasi: imbalan ($p = 0,011$), pelatihan ($p = 0,007$) dan karakteristik pekerjaan: umpan balik ($p = 0,030$) dengan pelaporan insiden keselamatan pasien. Namun tidak ada hubungan antara karakteristik individu: pengetahuan dan motivasi dengan pelaporan insiden keselamatan

Nama Peneliti Tahun Penelitian	Judul Penelitian	Metodologi Penelitian	Variabel Penelitian	Lokasi dan Sampel Penelitian	Hasil Penelitian
					pasien.
(Shodikin et al., 2021)	<i>Exploring the Influence of Nurse Work Environment and Patient Safety Culture on Attitudes Toward Incident Reporting</i>	Penelitian ini menggunakan desain penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif korelasional. Data dikumpulkan menggunakan kuesioner yang terdiri dari skala pengukuran yang telah teruji dan valid.	Variabel penelitian yang dikaji meliputi: a. Lingkungan Kerja Perawat : Meliputi faktor-faktor seperti dukungan rekan kerja, kepuasan kerja, otonomi dalam pekerjaan, dan keterlibatan perawat dalam pengambilan keputusan. b. Budaya Keselamatan Pasien : Meliputi aspek-aspek seperti budaya pelaporan insiden, umpan balik yang konstruktif, dan	Sampel penelitian terdiri dari 287 perawat yang bekerja di dua rumah sakit di Korea Selatan. Populasi penelitian ini adalah perawat yang terlibat dalam perawatan langsung pasien.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa lingkungan kerja perawat dan budaya keselamatan pasien memiliki pengaruh yang signifikan terhadap sikap perawat terhadap pelaporan insiden. Faktor lingkungan kerja yang positif, seperti dukungan rekan kerja, kepuasan kerja, otonomi dalam pekerjaan, dan keterlibatan perawat dalam pengambilan keputusan, secara

Nama Peneliti Tahun Penelitian	Judul Penelitian	Metodologi Penelitian	Variabel Penelitian	Lokasi dan Sampel Penelitian	Hasil Penelitian
			tidak menyalahkan individu yang melaporkan. c. Sikap Terhadap Pelaporan Insiden : Mengukur sikap perawat terhadap pelaporan insiden.		positif berhubungan dengan sikap yang lebih positif terhadap pelaporan insiden. Selain itu, budaya keselamatan pasien yang mendorong pelaporan insiden, memberikan umpan balik yang konstruktif, dan tidak menyalahkan individu yang melaporkan juga berhubungan dengan sikap yang lebih positif terhadap pelaporan insiden.
(Abualrub et al., 2015)	<i>Perceptions of reporting practise and barriers to reporting</i>	Desain: Surveyekplorasi deskriptif	Variabelindependen: persepsi tentang praktik pelaporan dan	Sampel : 307 perawat dan 144 dokter dari 7 rumah sakit (4	Perawat lebih sadar tentang sistem pelaporan insiden daripada dokter padahal

Nama Peneliti Tahun Penelitian	Judul Penelitian	Metodologi Penelitian	Variabel Penelitian	Lokasi dan Sampel Penelitian	Hasil Penelitian
	<i>accident among registered nurses and physicians in accridated and non accridated hospitals at jordanians</i>	Instrumen: <i>IncidentReporting Questionnaire.</i> Analisis: <i>Statistical Package of Social Science (SPSS) version 17.</i>	hambatan pelaporan insiden Variabel dependen: sistem pelaporan insiden	rumah sakit terakreditasi dan 3rumah sakit ti dak terakreditasi) di jordania	dokter mempunyai kesempatan melaporkan insiden kurang lebih 50%. Tiga hambatan utama dalam pelaporan insiden ukan merupakan poin penting, kurangnya umpan balik danketakutan akan tindakan <i>indispliner.</i>

Tabel 2.1 . Matriks Penelitian Terdahulu

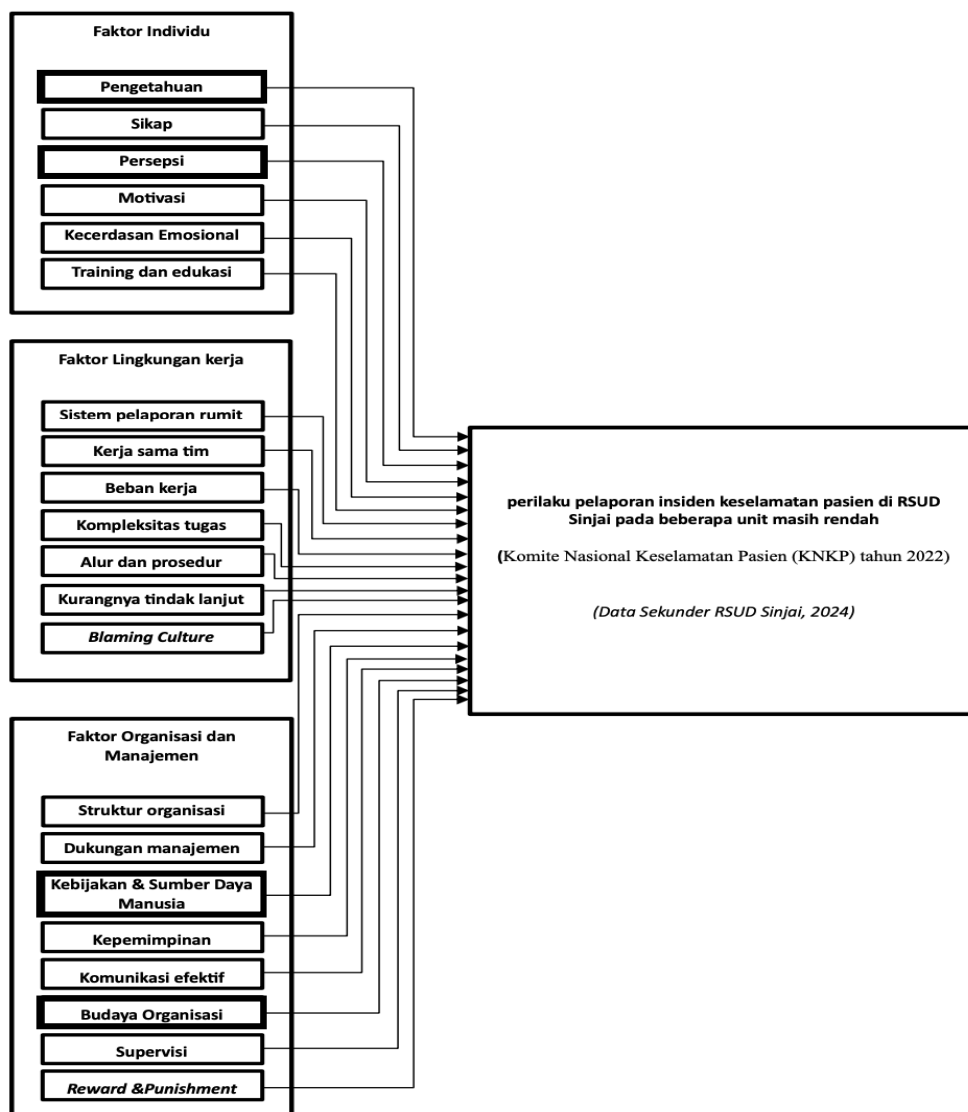
2.5 Mapping Teori

Berdasarkan hasil kajian peneliti, berikut adalah gambaran mapping teori penelitian:

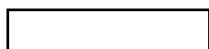
<i>Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien</i>	<i>Faktor yang mempengaruhi IKP</i>
(Fathiyani & Ayubi, 2022) 1. Kondisi Potensial Cedera (KPC) 2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) 3. Kejadian Tidak Cedera (KTC) 4. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan 5. Kejadian Sentinel (KPPRS, 2015) 1. Kondisi Potensial Cedera (KPC) 2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC) 3. Kejadian Tidak Cedera (KTC) 4. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) dan 5. Kejadian Sentinel	(Bennett & Brachman"s dalam Syarandhari (2016) 1. Budaya Keselamatan 2. Pemimpin 3. Komunikasi Efektif 4. <i>Patient safety</i> (Fung, Koh, & Chow 2012), 1. Karakteristik Individu 2. Umpan Balik 3. <i>Blamming culture</i> (Nursalam, Saputri, Kartini, & Sukartini, 2019). 1. Reward and punishment 2. Alur dan proses system pelaporan (Amaniyani, Faldaas, Logan, & Vaismoradi, 2020). 1. Organisasi dan manajemen 2. Lingkungan kerja (Gani et al, 2020) 1. Kecerdasan Emosional

Gambar 2. Mapping Teori

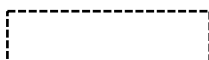
2.6 Kerangka Teori Penelitian



KETERANGAN :



: Variabel yang Diteliti



: Variabel yang Tidak Diteliti

Gambar 3. Kerangka Teori

Sumber: (Aman & Shukaili, 2021; de Kok et al., 2020; Jeong et al., 2019; Parsons et al., 2017; Sulaiman et al., 2022; Triplett, 2022)

2.7 Definisi Konseptual

A. Dasar Pemikiran Variabel Penelitian

Keselamatan pasien adalah prioritas utama dalam pelayanan kesehatan modern. Menurut Institute of Medicine (2000), keselamatan pasien (patient safety) diartikan sebagai bebas dari cedera yang tidak disengaja (freedom from accidental injury). Sementara itu, WHO (2009) dalam Pasinringi et al., (2022) mengemukakan bahwa keselamatan pasien adalah pengurangan resiko bahaya yang tidak semestinya terkait dengan pelayanan kesehatan minimum yang dapat diterima. The National Patient Safety Foundation (2000) menyatakan keselamatan pasien adalah upaya untuk mencegah cedera, kerusakan, atau kematian yang dapat terjadi akibat perawatan medis.

Menurut Gong et al., (2020) organisasi harus membangun sistem yang solid untuk memastikan bahwa keselamatan pasien adalah prioritas utama. Banyak negara, termasuk Indonesia, telah mengembangkan alat pelaporan insiden nasional. Pengetahuan dalam konteks keselamatan pasien adalah berkaitan dengan kemampuan petugas untuk tahu dan memahami tugas serta mengenali suatu insiden keselamatan pasien dan pelaporannya. Hal ini berarti bahwa keterbatasan pengetahuan pelaporan merupakan hal kunci yang sangat perlu dipertimbangkan demi keamanan asuhan yang diberikan oleh petugas kesehatan termasuk perawat. Pengetahuan pelaporan yang baik akan membuat perawat selalu belajar atas kejadian insiden agar tidak terulang kembali sehingga

akan mempengaruhi sikap perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dengan tetap memprioritaskan keselamatan pasien Inovasi dalam proses perbaikan mutu yang berpotensi menimbulkan perubahan pada staf maupun manajemen adalah dalam hal pengetahuan, sikap dan ketrampilan dalam menerapkan suatu sistem.

Menurut Naome et al (2020) faktor faktor yang mempengaruhi pelaporan insiden keselamatan pasien antara lain adalah rasa malu yang diungkapkan oleh peneliti budaya mempermalukan dan menyalahkan dapat memperburuk budaya pelaporan insiden keselamatan pasien dan menurut (Pasinringi & Rivai, 2022) persepsi petugas atau pegawai di rumah sakit sangatlah penting dalam meningkatkan kinerja organisasi terutama melalui interaksi yang terjalin antara sesama pegawai maupun dengan pasien atau pengunjung. Organisasi kesehatan melibatkan banyak individu dengan spesialisasi dan budaya profesional yang berbeda serta terdiri dari hubungan dan struktur yang kompleks dan rentan terhadap perubahan. Oleh karena itu, pemahaman tentang keterkaitan antara perilaku, sikap, dan kinerja organisasi dalam perilaku organisasi akan membantu organisasi dalam mengelola karyawan secara efektif.

Menurut (Flin et al., 2009; Olsen, 2008) mengemukakan bahwa laporan merujuk pada tindakan dokumentasi insiden atau kejadian yang melibatkan kesalahan atau risiko keselamatan pasien, sedangkan pelaporan melibatkan proses pengiriman laporan tersebut kepada pihak

yang bertanggung jawab, seperti manajemen rumah sakit atau tim keselamatan pasien. Namun, keberadaan laporan dan pelaporan itu sendiri tidak akan efektif tanpa adanya budaya pelaporan yang kuat. Budaya pelaporan mencerminkan norma, nilai, dan sikap yang ada di dalam organisasi terkait dengan pelaporan insiden. Budaya pelaporan (reporting culture) yang kuat dan positif dalam suatu organisasi berkontribusi secara signifikan terhadap budaya keselamatan organisasi secara keseluruhan dan memberikan dampak positif pada peningkatan kesadaran, pengurangan insiden, dan peningkatan kinerja. Budaya organisasi untuk pelaporan yang positif dan terbuka mendorong petugas kesehatan untuk melaporkan insiden dengan segera dan tanpa takut. Ini memungkinkan identifikasi risiko, analisis akar penyebab, dan pengambilan tindakan perbaikan yang diperlukan untuk mencegah terulangnya kesalahan.

Menurut (Gibson, Ivancevich, Konopaske 2011) dalam organisasi dimana ada komunikasi formal dan informal maka terdapat komunikasi dalam organisasi yang memainkan peran penting dalam penataan aktivitas organisasi, tujuan, kebijakan dan strategi perusahaan. mengemukakan bahwa untuk mencapai efektivitas dan kesuksesan sistem pelaporan insiden, penting untuk memiliki kebijakan yang baik dan sumber daya yang memadai. Menurut Archer et al (2017) dan Mitchell (2015) Kebijakan yang jelas dan mendukung menciptakan lingkungan yang aman bagi pelapor insiden, pada gilirannya

meningkatkan keterlibatan dalam pelaporan dan memberikan arah bagi sistem pelaporan insiden. Budaya yang mendorong pelaporan dan pembelajaran dari insiden juga terbentuk melalui kebijakan tersebut. Namun, kebijakan yang menimbulkan ketakutan akan konsekuensi buruk atau sanksi dapat menghambat pelaporan insiden. Selain kebijakan, sumber daya yang memadai juga penting dalam mendukung sistem pelaporan insiden. Ini termasuk peralatan dan infrastruktur yang memadai. Dengan adanya sistem dan proses pelaporan yang efektif serta dukungan dan pelatihan yang memadai bagi para penyedia layanan kesehatan, pelaporan insiden akan lebih dimungkinkan dan kualitas laporannya dapat ditingkatkan.

Menurut (Dhamanti et al., 2020) Sistem keselamatan pasien sangat bergantung pada kesadaran petugas kesehatan untuk melaporkan setiap insiden yang terjadi. Meskipun penting, frekuensi dan budaya pelaporan insiden oleh petugas masih rendah atau kurang memadai, bahkan banyak insiden yang tidak dilaporkan. Pendapat (L. G. Appelbaum et al., 2012) mengemukakan bahwa pengembangan budaya keselamatan pasien yang kuat merupakan prioritas utama dalam organisasi pelayanan kesehatan. Untuk mencapai tujuan ini, peran kepemimpinan menjadi sangat penting. Kepemimpinan yang efektif memiliki kemampuan untuk membentuk budaya keselamatan pasien yang positif dan mendorong pelaporan insiden. Sejumlah penelitian menunjukkan hubungan yang signifikan antara kepemimpinan yang

berorientasi pada keselamatan pasien dengan peningkatan kepatuhan terhadap protokol keselamatan, penurunan tingkat kejadian insiden, dan pelaporan insiden. Ini menunjukkan bahwa kepemimpinan transformasional, kepemimpinan transaksional, dan rasa aman psikologis memiliki peran penting dalam meningkatkan pelaporan insiden.

Berdasarkan kerangka teori, penelitian ini akan menjelaskan pengetahuan, persepsi petugas, budaya organisasi, kebijakan dan serta SDM apakah mempengaruhi perilaku pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di RSUD Sinjai.

B. Definisi Konseptual

1. Pengetahuan :

- Definisi Konseptual : Pengetahuan yang diperlukan meliputi pemahaman tentang peristiwa yang termasuk IKP ,cara mengklasifikasikannya, serta cara pelaporan IKP

2. Persepsi Petugas

- Definisi Konseptual: persepsi individu terhadap kemampuan dan otonomi mereka dalam memengaruhi hasil keselamatan. Ketika individu merasa memiliki kendali, mereka lebih termotivasi untuk terlibat dalam perilaku aman dan melaporkan insiden yang terjadi.

3. Budaya Organisasi

- Definisi Konseptual: Budaya organisasi yang mempengaruhi perilaku termasuk umpan balik dan komunikasi, harapan dan

tindakan untuk meningkatkan keselamatan pasien, pembelajaran organisasi, tindakan korektif serta dukungan manajerial Kriteria Objektif

4. Kebijakan dan SDM

- Definisi Operasional : sumber daya keselamatan mencakup infrastruktur pelaporan, sistem teknologi informasi, dan sumber daya manusia yang memadai