

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah sakit sebagai pusat kesehatan dituntut untuk mampu memberikan pelayanan yang komprehensif bagi setiap pasiennya. Pelayanan yang komprehensif adalah berbagai pelayanan yang diberikan rumah sakit kepada pasien tergantung kebutuhan pasien. Pasien membutuhkan pelayanan yang diberikan kepadanya adalah pelayanan yang aman dan tidak terjadi kesalahan. Jaminan mutu pelayanan salah satunya dengan peningkatan keselamatan pasien dari kelalaian dan kesalahan petugas kesehatan.

Keselamatan pasien menjadi isu kesehatan global yang mendunia saat ini. Data WHO pada bulan April 2017 berangkat dari data dunia navigasi, terdapat 1 dari 1 juta penumpang pesawat udara berpotensi mengalami insiden saat didalam pesawat, hal ini dibandingkan di dalam dunia medis bahwa ada 1 dari 300 pasien berpotensi mendapatkan insiden selama berada di tempat pelayanan kesehatan. 10 fakta WHO mengenai keselamatan pasien mengatakan bahwa, 1 dari 10 pasien mengalami insiden saat menerima perawatan di rumah sakit di negara berkembang. Dari 100 pasien rawat inap di rumah sakit, setiap saat dijumpai 7 pasien di negara maju dan 10 pasien di negara berkembang mengalami infeksi terkait pelayanan kesehatan. Berbagi pengalaman dan perspektif orang mengenai keselamatan pasien adalah hal yang sangat penting untuk mencegah terjadinya insiden, serta melihat perkembangan dan mengevaluasi program keselamatan pasien (1).

Data bulan november 1999 dari *institute of medicine* menyebutkan bahwa di Amerika serikat setidaknya 98000 orang meninggal di rumah sakit akibat kesalahan pengobatan (*medical error*) yang seharusnya dapat dicegah. Bahkan kontribusi kesalahan pengobatan di rumah sakit terhadap kematian melampaui ancaman kematian akibat kecelakaan kendaraan bermotor, kanker payudara dan AIDS. Diperkirakan kerugian akibat ini, mencapai 17 – 29 milyar dollar pertahun di wilayah Amerika Serikat (2).

Di Indonesia gerakan keselamatan pasien dimulai tahun 2005 ketika Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) membentuk komite keselamatan pasien rumah sakit, kemudian berubah menjadi Institut Keselamatan Pasien Rumah Sakit (IKPRS). Pemerintah mengatur tentang keselamatan pasien di rumah sakit dalam pasal 43 UU no. 44 tahun 2009. Undang – undang ini mewajibkan rumah sakit memberi asuhan kepada pasien dengan lebih aman, termasuk didalamnya assesmen resiko, identifikasi dan manajemen resiko terhadap pasien, pelaporan dan analisa insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi dan meminimalisir timbulnya resiko. Pasal ini mewajibkan rumah sakit menerapkan standar keselamatan pasien (3).

Standar keselamatan pasien dilakukan melalui pelaporan insiden. Pelaporan insiden seperti yang diatur dalam undang-undang ini ditujukan kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang selanjutnya diatur dalam peraturan menteri kesehatan No. 1691 tahun 2011. Dalam pasal 6 permenkes No.1691 tahun 2011 ini dikatakan bahwa rumah sakit wajib membentuk

tim keselamatan pasien rumah sakit (KPRS) yang ditetapkan oleh kepala rumah sakit sebagai pelaksana kegiatan keselamatan pasien, selanjutnya tim KPRS ini mengembangkan program keselamatan pasien sesuai dengan kekhususan rumah sakit tersebut, dan menyusun kebijakan dan prosedur terkait keselamatan pasien. Dalam permenkes ini pada pasal 12 mengatakan bahwa pelaporan internal insiden kepada tim KPRS paling lambat 2x24 jam (4).

Laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Indonesia tahun 2007 berdasarkan provinsi menyatakan bahwa ada 145 insiden yang dilaporkan, kasus tersebut terjadi di wilayah Jakarta sebesar 37,9%, Jawa Tengah 15,9%, DI Yogyakarta 13,8%, Jawa Timur 11,7%, Sumatra Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4%, Sulawesi Selatan 0,69% dan Aceh 0,68% (5).

Pelaporan insiden keselamatan pasien adalah jantung dari mutu pelayanan, yang merupakan bagian penting dalam proses belajar dan pembenahan ke dalam, peremajaan, revisi dari kebijakan, termasuk standar prosedur operasional (SPO) dan panduan yang ada. Rendahnya pelaporan insiden mendorong pentingnya kajian faktor penyebab rendahnya pelaporan insiden keselamatan pasien.

Gunawan melakukan penelitian di RS X Malang, hasil penelitiannya menyatakan bahwa penyebab rendahnya angka pelaporan IKP adalah kurangnya pemahaman petugas tentang IKP yang disebabkan oleh ketakutan petugas terhadap konsekuensi yang diterima petugas ketika melaporkan IKP. Kondisi ini berdampak pada rendahnya angka pelaporan IKP. Laporan IKP yang tidak adekuat menyebabkan hilangnya kesempatan rumah sakit melakukan identifikasi

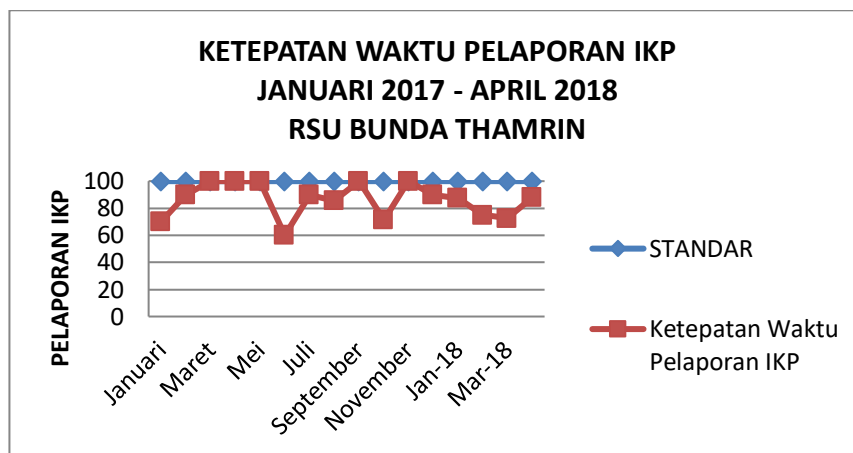
faktor resiko dan perbaikan sistem pelayanan yang menuju kepada keselamatan pasien (5).

Hasil penelitian Heru Iskandar di RS X di Jawa Timur menyatakan terdapat 7 akar masalah pokok penyebab rendahnya laporan IKP kepada tim KPRS, yaitu : takut disalahkan oleh karena budaya patient safety belum menyeluruh keseluruh rumah sakit, komitmen kurang dari manajemen atau unit terkait, tidak adanya reward dari rumah sakit jika melaporkan, tidak tahu batasan mana atau apa yang dilaporkan, sosialisasi IKP kurang maksimal, belum ikut pelatihan dan sosialisasi komisi keselamatan pasien rumah sakit kurang aktif (6).

Dari hasil survei awal yang dilakukan peneliti, RSUD Bunda Thamrin adalah salah satu rumah sakit swasta tipe C di medan yang telah lulus akreditasi secara paripurna oleh komite akreditasi rumah sakit (KARS). Sebagai salah satu rumah sakit swasta terbaik di Medan, RSUD Bunda Thamrin telah memiliki tim KPRS sejak tahun 2016. Tim ini sudah memiliki program dan prosedur terkait keselamatan pasien di RSUD Bunda Thamrin. Tim KPRS juga sudah memiliki struktur organisasi yang cukup baik dan telah melaksanakan sosialisasi kepada seluruh unit di RSUD Bunda Thamrin terkait keselamatan pasien. Tim KPRS RSUD Bunda Thamrin memberi waktu selama 2x24jam sejak terjadinya insiden untuk pelaporan sesuai dengan permenkes No 1691 tahun 2011. Pelaporan insiden kepada tim KPRS disini sifatnya bukan untuk menghakimi dan mencari kesalahan, namun bersifat pembelajaran terhadap suatu kejadian agar kejadian tersebut tidak terjadi dikemudian hari.

Hasil wawancara peneliti dengan salah satu anggota tim KPRS sepanjang tahun 2017 terdapat 97 laporan IKP yang masuk kepada tim KPRS RSUD Bunda Thamrin, dari 97 laporan ini terdapat 11,5% KPC, 10,31% KNC, 64,9% KTC, 8,2% KTD dan sentinel 0% dengan angka rata-rata ketepatan waktu pelaporan IKP hanya sebesar 88%. Tahun 2018 sampai pada bulan April, ada sebanyak 36 laporan insiden yang terjadi dan hanya sebesar 81% dari seluruh laporan insiden tersebut yang tepat waktu. Bila dilihat dari tren pelaporan IKP kepada tim KPRS maka ketepatan waktu pelaporan IKP berfluktuasi sepanjang tahun 2017 dan pertengahan 2018. Dari data insiden yang ada selama peneliti melakukan survei awal, dapat dilihat bahwa insiden dengan jenis KTC memiliki tingkat kejadian paling banyak terjadi diantara kejadian insiden yang lainnya yaitu sebanyak 84 kejadian, disusul KNC dengan 15 kejadian, KTD 15 kejadian, dan KPC sebanyak 14 kejadian. Menurut peneliti kondisi ini perlu mendapatkan perhatian dan pengkajian secara obyektif, karena data IKP sangat bermanfaat untuk melakukan evaluasi dan perbaikan sistem pelayanan yang berbasis keselamatan pasien. Melihat angka pelaporan KPC yang sangat kecil, hal ini perlu dicari tahu penyebabnya karena dari insiden yang berpotensi menjadi cedera kita dapat meminimalkan insiden yang lebih berat lagi nantinya. Angka pelaporan KTD yang kecil juga menjadi tanda tanya besar, karena laporan insiden ini berguna untuk membangun sistem yang lebih baik lagi untuk meminimalisir kejadian insiden berulang dikemudian hari. Pelaporan IKP adalah salah satu langkah dan syarat untuk membangun budaya keselamatan pasien. Pelaporan yang baik akan memberikan dukungan positif terhadap upaya-upaya identifikasi resiko insiden

yang menyebabkan ancaman keselamatan pasien. Pelaporan yang baik juga akan memberikan respon positif untuk membangun sistem pelayanan yang berorientasi pada keselamatan pasien dengan mendasarkan pada *evidence based*.



Gambar 1.1 Ketepatan Waktu Pelaporan IKP Januari 2017-April 2018 (sumber :KPRS RSU Bunda Thamrin)

Tabel 1.1 Pelaporan Insiden Januari 2017 - April 2018 (sumber : KPRS RSU Bunda Thamrin)

BULAN PELAPORAN	JENIS INSIDEN					JLH
	KPC	KNC	KTC	KTD	SENTINEL	
Januari 2017	0	3	5	1	0	9
Februari 2017	3	3	3	0	0	9
Maret 2017	0	1	6	0	0	7
April 2017	0	0	5	0	0	5
Mei 2017	1	0	5	1	0	7
Juni 2017	0	1	3	1	0	5
Juli 2017	0	0	9	1	0	10
Agustus 2017	2	2	9	1	0	14
September 2017	2	0	3	1	0	6
Oktober 2017	0	0	7	0	0	7
November 2017	2	0	1	0	0	3
Desember 2017	1	0	7	2	0	10
Januari 2018	1	3	3	1	0	8
Februari 2018	0	0	7	1	0	8
Maret 2018	2	2	4	3	0	11
April 2018	0	0	7	2	0	9
JUMLAH	14	15	84	15	0	

Salah satu tujuan budaya keselamatan pasien adalah membangun sistem yang memungkinkan mencegah terjadinya insiden berulang. Peran manajemen rumah sakit untuk membuat sistem pelayanan yang mempertimbangkan *evidence based* yang diperoleh dari data pelaporan dan umpan balik serta rekomendasi komite KPRS sangat perlu dilakukan. Kondisi ini akan membuat semua staf rumah sakit merasakan adanya dukungan manajemen dalam pelaksanaan budaya keselamatan pasien. Peran manajemen rumah sakit untuk memberikan solusi terhadap akar masalah utama perlu dilakukan. Pelaporan IKP yang baik merupakan salah satu syarat terwujudnya budaya keselamatan pasien.

Dengan adanya data insiden, yang menunjukkan angka KTD yang paling banyak terjadi, tentunya pihak manajemen RSUD Bunda Thamrin khususnya tim KPRS ingin membangun budaya keselamatan pasien yang lebih baik lagi dengan belajar dari insiden yang telah terjadi sehingga dapat membangun sistem yang lebih baik lagi sehingga mencegah terulangnya insiden yang sama dikemudian hari.

Bagi RSUD Bunda Thamrin dampak ketidaktepatan pelaporan ini selanjutnya akan menurunkan mutu rumah sakit, karena akan ada insiden keselamatan pasien yang tidak diinvestigasi akar penyebabnya yang akan memiliki potensi yang cukup besar terulangnya kembali insiden tersebut.

Ketepatan waktu pelaporan IKP yang hanya berkisar diangka rata-rata 84% sepanjang 2017 sampai April 2018 ini menjadi menarik untuk diteliti. Menurut peneliti dari hasil survei awal yang dilakukannya di RSUD Bunda Thamrin, didapatkan yaitu :

- a. Tim keselamatan pasien rumah sakit sudah terbentuk di RSUD Bunda Thamrin
- b. Kebijakan dan prosedur keselamatan pasien sudah ada (terlampir)
- c. Sosialisasi dan edukasi mengenai insiden keselamatan pasien sudah dilakukan
- d. Manajemen rumah sakit sudah memfasilitasi tim KPRS dalam hal pelaporan insiden keselamatan pasien, hal ini termasuk sarana dan prasarana yang dibutuhkan
- e. Kesadaran akan nilai keselamatan pasien masih kurang, hal ini dapat terlihat dari kurang berjalannya budaya pelaporan dan belajardari insiden karena takut disalahkan.
- f. Angka laporan KPC yang rendah

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian di atas maka dapat dirumuskan permasalahan yaitu apakah penyebab ketidaktepatan pelaporan insiden keselamatan pasien kepada tim KPRS RSUD Bunda Thamrin.

1.3. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis penyebab ketidaktepatan waktu pelaporan insiden keselamatan pasien kepada tim KPRS RSUD Bunda Thamrin.

1.4. Manfaat Penelitian

Manfaat yang ingin dicapai dari penelitian ini adalah :

1) Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan dan memberikan kontribusi ilmiah melalui publikasi di jurnal.

2) Manfaat Praktis

Hasil penelitian ini diharapkan menjadi masukan yang berguna untuk menurunkan kejadian insiden keselamatan pasien dengan terus melakukan evaluasi dari kejadian IKP yang telah dilaporkan tepat waktu kepada tim KPRS. Dengan demikian, diharapkan masyarakat dapat memperoleh pelayanan keperawatan yang lebih baik sehubungan dengan peningkatan keselamatan pasien di RSUD Bunda Thamrin Medan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Tinjauan Peneliti Terdahulu

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Marilyn J Kingston (2002) dengan judul ; *Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting : a qualitative analysis* di 3 rumah sakit di Adelaide, Australia Selatan, menyatakan bahwa pada umumnya penghalang pelaporan insiden adalah keterbatasan waktu, ketidakpuasan akan proses, kurangnya pengetahuan, norma kebudayaan, umpan balik yang tidak adekuat dan kepercayaan akan resiko (7).

Penelitian M. Tamuz (2003) di Memphis, Amerika Serikat dengan judul *Defining and classifying medical error : lessons for patient safety reporting systems* menyatakan bahwa pengetahuan akan defenisi dan klasifikasi insiden berpengaruh terhadap insiden yang tidak dilaporkan dan selanjutnya akan berpengaruh terhadap upaya peningkatan keselamatan pasien (8).

R. Lawton dan D. Parker (2001) melakukan penelitian yang melibatkan 315 responden yang terdiri dari dokter, perawat dan bidandi 3 *National Health Service* (NHS), Inggris dengan judul *Barriers to incident reporting in a healthcare system* menyatakan bahwa dokter sebagai pemberi pelayanan kesehatan profesional enggan melaporkan insiden yang ditemuinya kepada atasannya terlebih jika insiden tersebut berdampak buruk kepada pasien, hal ini berbeda dengan perawat ataupun bidan yang akan melaporkan insiden yang ditemuinya kepada atasannya. Keengganan dokter melaporkan ini terkait masalah kode etik antar sesama rekan kerja (9).

Ali baba-Akbari sari (2006) melakukan penelitian dengan judul *Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital*. Penelitian ini mengambil sampel sebesar 1006 pasien yang masuk rumah sakit antara bulan Januari dan Mei tahun 2004. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan evaluasi terhadap sistem pelaporan insiden keselamatan pasien dalam mengidentifikasi insiden keselamatan pasien. Hasil penelitian ini menyatakan bahwa sistem pelaporan insiden keselamatan pasien mungkin tidak menggambarkan keadaan yang akurat mengenai tingkat insiden keselamatan pasien khususnya yang menimbulkan cedera, manajemen rumah sakit perlu mempertimbangkan menggunakan catatan khusus terstruktur pada rekam medis pasien yang mengalami insiden sebagai bagian dari upaya peningkatan keselamatan pasien (10).

Critical incident reporting and learning adalah judul penelitian yang dilakukan oleh R.P Mahajan (2010) dengan hasil yang menyatakan bahwa sistem pelaporan yang baik akan meningkatkan keselamatan pasien. Sistem pelaporan harus memberikan kemudahan akses bagi pelapor. Kurangnya pengetahuan mengenai insiden keselamatan pasien, takut disalahkan dan tindak lanjut hasil laporan insiden yang tidak jelas menjadi penyebab kurangnya laporan insiden keselamatan pasien (11)

Reason for not reporting patient safety incidents in general practice adalah judul penelitian yang dilakukan oleh Marius Brostrom Kousgaard (2012). Penelitian ini melibatkan dokter umum yang praktek di klinik umum di daerah Jutlan Utara, Denmark. Hasil penelitian ini menyatakan bahwa alasan dokter

umum tidak melaporkan insiden adalah menurut pendapat mereka tidak ada manfaat praktis dari pelaporan insiden, tidak ada waktu karena kesibukan kerja dan enggan melaporkan karena mempertimbangkan hubungan antar rekan kerja (12).

Hasil penelitian Julius Cuong Pham (2013) di Baltimore, Amerika Serikat menyatakan bahwa sistem laporan keselamatan pasien berpengaruh terhadap upaya peningkatan keselamatan pasien, namun sistem pelaporan ini bukan sebagai “obat mujarab” yang dipercaya banyak orang. Sistem pelaporan ini memiliki beberapa keterbatasan, yaitu :

- a. Sistem pelaporan insiden tidak dapat digunakan untuk mengukur tingkat keamanan (tingkat kejadian error)
- b. Sistem pelaporan insiden tidak dapat digunakan untuk membandingkan sistem organisasi
- c. Sistem pelaporan insiden tidak dapat digunakan untuk mengukur perubahan
- d. Sistem pelaporan insiden menghasilkan laporan lainnya yang banyak
- e. Sistem pelaporan insiden sering tidak menghasilkan analisa yang mendalam untuk mengurangi resiko timbulnya resiko dikemudian hari
- f. Sistem pelaporan insiden membutuhkan dana yang banyak

Sistem pelaporan insiden juga menghasilkan sesuatu yang baik misalnya :

- a. Sistem pelaporan dapat digunakan untuk mengidentifikasi bahaya lokal yang terjadi
- b. Sistem pelaporan dapat digunakan sebagai kumpulan dari pengalaman yang tidak umum dari masing – masing orang

- c. Sistem pelaporan dapat digunakan sebagai sistem pembelajaran secara organisasi
- d. Sistem pelaporan dapat digunakan untuk peningkatan budaya keselamatan pasien

Dari uraian diatas, strategi yang digunakan untuk mengatasinya adalah :

- a. Membuat sistem laporan yang lebih mudah
- b. Membuat analisa laporan yang bermakna kepada pelapor
- c. Membuat ukuran keberhasilan perubahan sistem, dibandingkan dengan kejadian yang dilaporkan
- d. Memprioritaskan dengan baik laporan yang dilaporkan dan diinvestigasi
- e. Mendiskusikan dengan berbagai pihak untuk menghasilkan sistem pelaporan yang baik (13).

Penelitian dengan judul : *Conceptualising barriers to incident reporting : a psychological framework* (2009) dilakukan oleh Y Pfeiffer di Zurich, Switzerland yang bertujuan untuk mengetahui penyebab rendahnya laporan insiden keselamatan pasien. Hasil penelitian ini menyatakan bahwa kurangnya motivasi dalam lingkungan kerja menyebabkan rendahnya keinginan untuk melaporkan insiden (14).

A qualitative study of the intra hospital variations in incident reporting adalah judul penelitian yang dilakukan oleh Justin J Warning (2004), penelitian ini dilakukan di National Health Service Hospital Trust, Inggris. Hasil penelitian ini menyatakan bahwa dokter spesialis cenderung melaporkan insiden jika insiden

tersebut berada di area medis dibandingkan insiden yang terjadi di area manajemen (15).

Hasil penelitian Joel S Weissman dan rekan terhadap pimpinan rumah sakit (2005) di Amerika Serikat dengan judul penelitian *Error reporting and disclosure system (views from hospital leaders)*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui bagaimana pendapat dan pengalaman pimpinan rumah sakit dalam sistem pelaporan insiden pasien rumah sakit. Hasil penelitian ini menyatakan kebanyakan pimpinan rumah sakit memiliki kekhawatiran terhadap dampak kewajiban pelaporan ini, laporan internal keselamatan pasien rumah sakit yang menjadi tidak rahasia, tuntutan hukum yang akan dihadapi dan keselamatan pasien secara keseluruhan. Secara umum pimpinan rumah sakit akan melaporkan data insiden keselamatan pasien, namun sedikit sekali pimpinan rumah sakit yang melaporkan data insiden yang cedera sedang sampai berat (16).

Hasil penelitian C A Vincent dan A Coulter dengan judul *Patient safety : what about the patient?* (2002) di Inggris meneliti dari sudut pandang yang berbeda. Penelitian ini melihat dari sudut pandang pasien, penelitian ini mencoba mengetahui bagaimana perspektif pasien mengenai insiden keselamatan pasien. Penelitian ini menyatakan bahwa sistem peningkatan keselamatan pasien dalam pelayanan medis sering menghiraukan sudut pandang pasien. Peran aktif pasien dalam mendapatkan pelayanan medis harus di kenali dan didorong. Pasien memiliki peran kunci dalam menetapkan diagnosis yang akurat, memutuskan pengobatan yang tepat, memilih pelayan medis yang berpengalaman dan kompeten, memastikan pengobatan diberikan dengan baik, memantau dan

mengenali insiden dan mengambil langkah yang baik terhadap tindak lanjut kejadian insiden tersebut. Trauma psikologi bisa timbul dari pengalaman pasien tersebut. Trauma psikologi ini disebabkan oleh dampak insiden dan tindak lanjut dari insiden tersebut. Jika cedera medis timbul, sangat penting untuk mendengarkan pasien/keluarga pasien, beri edukasi dan penjelasan yang jujur mengenai kerusakan dan meminta permohonan maaf (17).

Hasil penelitian C A Vincent di Inggris (2004) dengan judul *Analysis of clinical incidents : a window on the system not a search for root causes* menyatakan bahwa komite nasional keselamatan pasien di Inggris telah mengembangkan program keselamatan pasien dimana laporan insiden keselamatan pasien tidak hanya digunakan untuk mencari akar masalah namun dapat digunakan sebagai jendela untuk suatu pendekatan prospektif dan retrospektif, misalnya dengan program *FMEA (Failure Mode Effect Analysis)* (18).

Trends in healthcare incident and relationship to safety and quality data in acute hospital : results from the national reporting & learning system (2007) adalah judul penelitian oleh A Huthchinson, T A Young, KL Cooper di London Inggris menyatakan bahwa laporan insiden keselamatan pasien meningkat yang sejalan dengan tumbuhnya budaya keselamatan pasien yang dikembangkan oleh komite nasional keselamatan pasien, Inggris (19)

Communication failures in patient sign out and suggestions for improvement : a critical incident analysis adalah penelitian yang dilakukan oleh V Arora, J Jhonson, dan D Lovinger (2005) menyatakan bahwa kegagalan

komunikasi selama sign out dapat membawa kesalahan pelayanan kepada pasien selama dirawat yang bisa menyebabkan insiden keselamatan pasien (20).

Penelitian oleh James A Taylor, Dena Brownstein, dan Dmitri A Christian dengan judul *use of incident reports by physicians and nurses to document medical error in pediatric patients* (2004) menyatakan bahwa medical error pada pasien anak tidak dilaporkan dalam laporan insiden keselamatan pasien, khususnya oleh dokter dan perawat. Hal ini menggambarkan manajemen rumah sakit anak yang tidak berkomitmen terhadap keselamatan pasien (21).

What can hospitalized patient tell us about adverse events learning from patients-reported incident (2005) adalah judul penelitian yang dilakukan oleh Saul N Weingart, Odelya Pagovich, dan Daniel Z Sand. Penelitian ini menyatakan bahwa kejadian tidak diharapkan (KTD) yang terjadi pada pasien sebaiknya dicatat dalam rekam medisnya sehingga tindak lanjut insiden ini tergambar dalam asuhan pelayanan pasien (22).

Penelitian Shojanjia KG, Duncan BW dengan judul *Making healthcare safer : a critical analysis of patients safety practice* (2001) menyatakan bahwa pendekatan berbasis bukti dapat membantu meningkatkan keselamatan pasien (23).

Penelitian yang dilakukan oleh Niajihah (2018) dengan judul budaya keselamatan pasien dan insiden keselamatan pasien di rumah sakit : *Literature review* disimpulkan bahwa budaya keselamatan pasien sangat terkait dengan insiden keselamatan pasien. Dengan meningkatnya budaya keselamatan pasien maka angka kejadian insiden keselamatan pasien dapat diminimalkan. Salah satu

upaya peningkatan budaya keselamatan pasien dengan meminimalkan angka kejadian insiden keselamatan pasien dengan meningkatkan laporan insiden keselamatan pasien, baik KPC, KNC, KTC apalagi KTD (24).

Hasil penelitian Heru skandar (2014) di RS X Jawa timur menyatakan bahwa angka insiden sebenarnya tinggi tetapi tidak dilaporkan, penyebabnya adalah takut disalahkan jika malapor sebab budaya keselamatan pasien (*patient safety*) yaitu tidak menyalahkan (*no blaming*) masih belum tumbuh secara merata di seluruh rumah sakit, keengganan melaporkan karena komitmen yang kurang dari pihak manajemen atau unit terkait, tidak ada *reward* dari rumah sakit jika melaporkan dan kurangnya keaktifan dari komite keselamatan pasien rumah sakit. Perlu menumbuhkan budaya *patient safety* secara merata di rumah sakit dengan mengaktifkan kembali *Patient Safety Champion (PSC)*. Dibutuhkan komitmen yang tinggi dari pihak direksi dan manajemen dalam program keselamatan pasien. Perlu monitoring dan evaluasi dari komite keselamatan pasien rumah sakit (KKPRS) tentang pelaporan insiden keselamatan pasien dengan cara ronde keselamatan pasien dan visitasi secara periodic ke unit dan instalasi di rumah sakit (1).

Hasil penelitian Ag sri oktari hastuti di RS Panti Rapih Yogyakarta menyatakan bahwa faktor yang berhubungan dengan rendahnya pelaporan insiden keselamatan pasien adalah sikap atasan dalam mendukung pelaporan insiden (25).

Sementara Gunawan (2014) melakukan penelitian di RS X Malang, hasil penelitiannya menyatakan bahwa faktor penyebab rendahnya pelaporan IKP adalah kurangnya pemahaman tentang konsep pelaporan IKP (5).

Dewi Anggraeni (2014) melakukan penelitian pengaruh budaya keselamatan pasien terhadap sikap melaporkan insiden pada perawat di Instalasi rawat inap rumah sakit TK.II dr. Soepraoen. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kerjasama tim berpengaruh signifikan terhadap sikap melaporkan insiden, keterbukaan komunikasi berpengaruh signifikan terhadap sikap melaporkan insiden dan respon tidak menghukum atas suatu kesalahan tidak berpengaruh signifikan terhadap sikap melaporkan insiden (26).

2.2. Telaah Teori

2.2.1. Keselamatan Pasien Rumah Sakit

Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari 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 (27).

WHO menjelaskan secara singkat tentang apa itu keselamatan pasien sebagai berikut: *Patient safety is the absence of preventable harm to a patient during the process of health care. The discipline of patient safety is the coordinated efforts to prevent harm, caused by the process of health care itself, from occurring to patients. Over the past ten years, patient safety has been increasingly recognized as an issue of global importance, but much work remains*

to be done. Dari penjelasan tersebut perlu digaris bawahi bahwa intinya keselamatan pasien terkait dengan asuhan pasien, insiden yang dapat dicegah atau yang seharusnya tidak terjadi, dan sudah dikategorikan sebagai suatu disiplin (27)

Mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera di rumah sakit di Indonesia maka diperlukan standar keselamatan pasien rumah sakit yang merupakan acuan bagi rumah sakit di Indonesia untuk melaksanakan kegiatannya. Standar keselamatan pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu :

- a. Hak pasien
- b. Mendidik pasien dan keluarga
- c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan
- d. Penggunaan metode-metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
- g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Dalam menerapkan Standar Keselamatan Pasien maka rumah sakit harus melaksanakan Tujuh Langkah Keselamatan Pasien. Mengacu kepada standar keselamatan pasien, maka rumah sakit harus mendesain (merancang) proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis setiap insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien. Tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit adalah sebagai berikut:

- a. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien
- b. Memimpin dan mendukung staf
- c. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko
- d. Mengembangkan sistem pelaporan
- e. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien
- f. Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien
- g. Mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

Adapun Enam Sasaran Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang wajib diterapkan dalam rangka akreditasi dan juga menjadi acuan yang ditetapkan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) adalah sebagai berikut:

- a. Sasaran Keselamatan Pasien 1 : Ketepatan Identifikasi Pasien

Rumah Sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki/ meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.

Langkah Penerapan :

- 1) Rumah Sakit membuat kebijakan tentang identifikasi pasien.
- 2) Rumah Sakit membuat pedoman/ panduan identifikasi pasien yang dijadikan acuan seluruh unit.
- 3) Rumah Sakit merancang SPO identifikasi pasien melalui pemasangan gelang identitas (minimal 2 identitas, kapan dipasang? dimana dipasang?)
- 4) Rumah sakit mengembangkan SPO pemasangan dan pelepasan tanda identitas risiko bagi pasien yang datang ke rumah sakit.
- 5) Rumah sakit merancang SPO tentang pemasangan dan pelepasan gelang identitas

b. Sasaran Keselamatan Pasien 2 : Peningkatan Komunikasi yang Efektif

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi pelayanan.

Langkah Penerapan :

- 1) Rumah sakit mengembangkan kebijakan tentang keakuratan dan penerapan komunikasi (lisan, telepon) secara konsisten di rumahsakit.
- 2) Rumah sakit mengembangkan pedoman/ panduan komunikasi efektif yang akan dijadikan acuan bagi seluruh unit di rumah sakit.
- 3) Rumah sakit merancang SPO tentang komunikasi efektif (lisan,telepon)
- 4) Rumah sakit merancang SPO tentang komunikasi efektif (SBAR)
- 5) Rumah sakit membuat daftar singkatan resmi yang digunakan olehseluruh unit.
- 6) Rumah sakit membuat SPO serah terima pasien
- 7) Rumah sakit merancang SPO tentang penyampaian hasil nilai kritis

c. Sasaran Keselamatan Pasien 3 : Peningkatan Keamanan Obat yang Perlu Diwaspadai/ *high – alert*

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*)

Langkah Penerapan :

- 1) Rumah sakit mengembangkan kebijakan tentang pengelolaan obat di rumah sakit.

- 2) Rumah sakit membuat pedoman/ panduan pengelolaan obat (*high alert* dan nama obat, rupa dan ucapan mirip/NORUM) yang akan dijadikan acuan bagi seluruh unit
- 3) Rumah sakit merancang SPO identifikasi, pelabelan dan penyimpanan obat *high alert*
- 4) Rumah sakit merancang SPO penyiapan dan penyerahan obat *high alert*
- 5) Rumah sakit membuat SPO pencampuran obat IV *high alert*
- 6) Rumah sakit membuat SPO tentang pemberian obat dengan benar
- 7) Rumah sakit membuat daftar obat yang perlu diwaspadai

d. Sasaran Keselamatan Pasien 4 : Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien.

Langkah Penerapan :

- 1) Rumah sakit mengembangkan kebijakan tentang prosedur operasi (tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien)
 - 2) Rumah sakit merancang SPO tentang penandaan identifikasi lokasi operasi
 - 3) Rumah sakit merancang SPO tentang *surgical patient safety check list*
 - 4) Rumah sakit mengembangkan *form surgical patient safety check list*
 - 5) Rumah sakit merancang SPO tentang pengecekan instrumen, kasa
 - 6) Rumah sakit mengembangkan *form* pengecekan instrumen, kasa
- e. Sasaran Keselamatan Pasien 5 : Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.

Langkah Penerapan :

- 1) Rumah sakit mengembangkan Kebijakan Pencegahan Infeksi
- 2) Rumah sakit membuat Pedoman Pencegahan Infeksi yang dijadikan acuan diseluruh unit
- 3) Rumah sakit merancang SPO tentang Cuci Tangan
- 4) Rumah sakit menyediakan Fasilitas Cuci Tangan
- 5) Rumah sakit melakukan sosialisasi dengan alat bantu :
 Sosialisasi ; brosur, *flyer*, *standing banner*
 Edukasi : Pedoman *Hand Hygiene* (WHO)

f. Sasaran Keselamatan Pasien 6 : Pengurangan Risiko Cedera Karena Jatuh

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risikopasien dari cedera karena jatuh.

Langkah Penerapan :

- 1) Rumah sakit mengembangkan Kebijakan Rumah Sakit tentang Pencegahan Pasien Jatuh
- 2) Rumah sakit merancang SPO tentang penilaian awal risiko jatuh
- 3) Rumah sakit menggunakan *form* penilaian : *morse fall*, *humptydumpty*
- 4) Rumah sakit menggunakan *form* monitoring risiko jatuh
- 5) Rumah sakit membuat fasilitas seperti : *signage*/ alat bantu (4).

2.2.2. Insiden Keselamatan Pasien

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari Kejadian Tidak Diharapkan, Kejadian Nyaris Cedera, Kejadian Tidak Cedera dan Kondisi Potensial Cedera (4).

- a. Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
- b. Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
- c. Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.
- d. Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
- e. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

Heinrich, seorang peneliti kecelakaan industrial menemukan bahwa untuk setiap tipe kejadian yang menyebabkan cedera berat, terdapat 29 kejadian serupa yang menyebabkan cedera ringan, dan 300 kejadian yang tidak menyebabkan cedera (28)



The Heinrich 300-29-1 Model

Gambar 2.1. Model 300-29-1 (Heinrich)

Model “Iceberg” untuk insiden dan kesalahan menggambarkan bagaimana perhatian kita terfokus pada kasus cedera berat yang sedikit, tetapi jarang sekali belajar dari kejadian nyaris cedera yang jumlahnya jauh lebih banyak.



Gambar 2.2. Model “Iceberg” untuk Insiden dan Kesalahan

2.2.3. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS)

Rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien. Standar Keselamatan Pasien dilaksanakan melalui pelaporan insiden, menganalisa & menetapkan pemecahan masalah dalam rangka menurunkan angka kejadian tidak

diharapkan (KTD).Rumah sakit melaporkan kejadian insiden kepada komite keselamatan pasien rumah sakit (KPRS).

Pelaporan insiden dianggap penting karena laporan ini akan menjadi awal pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali. Sistem pelaporan insiden rumah sakit meliputi kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan dan prosedur pelaporan yang harus disosialisasikan kepada seluruh karyawan.Laporan insiden ini terdiri dari kejadian insiden yang sudah terjadi, nyaris terjadi ataupun potensial terjadi.

Pelaporan insiden ini dapat dilakukan oleh siapa saja atau seluruh karyawan rumah sakit yang pertama menemukan kejadian/insiden ataupun karyawan rumah sakit yang terlibat dalam kejadian/insiden. Tim KPRS memberikan pelatihan kepada seluruh karyawan rumah sakit mengenai sistem pelaporan insiden, manfaat dan tujuan pelaporan insiden, cara mengisi formulir laporan insiden dan waktu untuk melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien.

Komite keselamatan pasien rumah sakit (KPRS) melaksanakan tugas sebagai berikut :

- a. Mengembangkan program keselamatan pasien di rumah sakit sesuai dengan kekhususan rumah sakit tersebut
- b. Menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien rumah sakit

- c. Menjalankan peran untuk melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan (monitoring) dan penilaian (evaluasi) tentang terapan (implementasi) program keselamatan pasien rumah sakit
- d. Bekerja sama dengan bagian pendidikan dan pelatihan rumah sakit untuk melakukan pelatihan internal keselamatan pasien rumah sakit
- e. Melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisa insiden serta mengembangkan solusi untuk pembelajaran
- f. Memberikan masukan dan pertimbangan kepada kepala rumah sakit dalam rangka pengambilan kebijakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit
- g. Membuat laporan kegiatan kepada direktur rumah sakit (29).

Tujuan pelaporan insiden keselamatan pasien rumah sakit ;

a. Tujuan Umum :

- 1) Menurunnya Insiden Keselamatan Pasien (KTD, KNC, KTC dan KPC)
- 2) Meningkatnya mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

b. Tujuan Khusus :

1) Rumah Sakit (Internal)

- (1) Terlaksananya sistem pelaporan dan pencatatan insiden keselamatan pasien di rumah sakit
- (2) Diketahui penyebab insiden keselamatan pasien sampai pada akar masalah
- (3) Didapatkannya pembelajaran untuk perbaikan asuhan kepada pasien agar dapat mencegah kejadian yang sama dikemudian hari.

2) Institut Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Eksternal)

- (1) Diperolehnya data / peta nasional angka insiden keselamatan pasien (KTD, KNC, KTC)
- (2) Diperolehnya pembelajaran untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien bagi rumah sakit lain
- (3) Ditetapkannya langkah-langkah praktis Keselamatan Pasien untuk rumah sakit di Indonesia (29).

2.2.4. Formulir Laporan Internal Insiden Keselamatan Pasien

Formulir laporan internal insiden terdiri dari dua macam, yaitu :

- a. Formulir laporan kejadian nyaris cedera (KNC)/ kejadian tidak cedera (KTC) / kejadian tidak diharapkan (KTD)/kejadian sentinel
- b. Formulir laporan kejadian potensial cedera(KPC)

Contoh formulir pelaporan internal insiden keselamatan pasien beserta petunjuk pengisian formulir tersebut dapat dilihat pada lampiran (29).

2.2.5. Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Kepada Tim KPRS

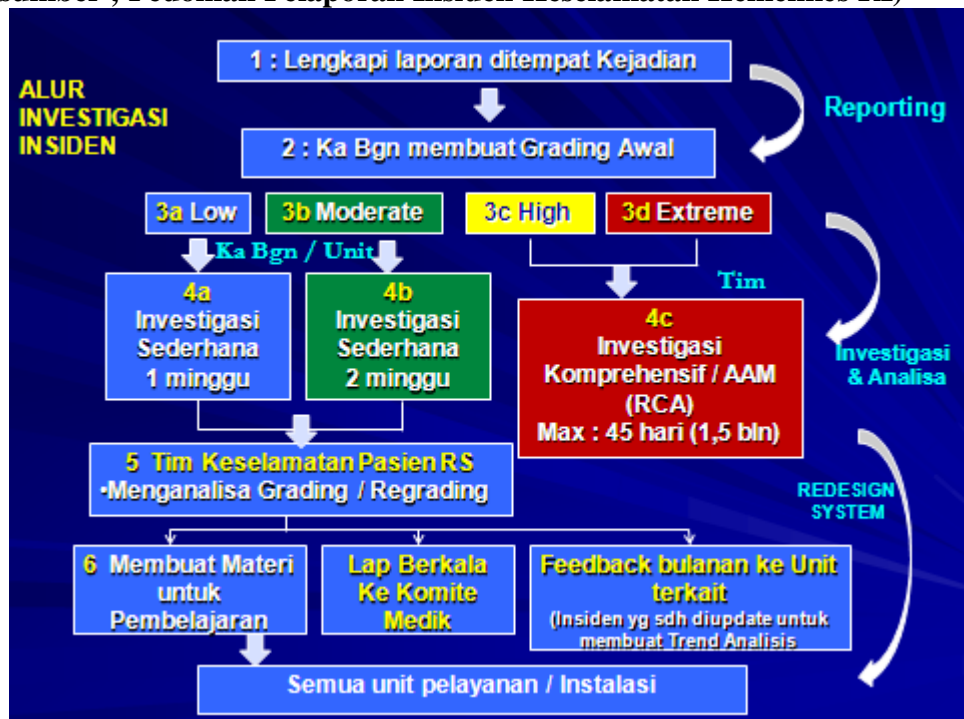
Alur pelaporan insiden keselamatan pasien kepada tim KPRS ;

- a. Apabila terjadi suatu insiden di rumah sakit, wajib segera ditindak lanjuti (ditangani) untuk mengurangi dampak / akibat yang tidak diharapkan
- b. Setelah ditindaklanjuti, segera dilaporkan kepada Atasan langsung pada kesempatan pertama (Paling lambat dalam 1 jam); jangan menunda laporan

- c. Atasan langsung pelapor akan menentukan apakah insiden/kecelakaan yang dilaporkan termasuk IKP, kecelakaan K3, masalah keamanan atau insiden yang lainnya.
- d. Apabila insiden yang dilaporkan termasuk IKP, Atasan langsung akan menganalisa laporan dengan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan tersebut
- e. Hasil *grading* akan menentukan bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut :
 - 1) *Grade* biru : Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu
 - 2) *Grade* hijau : Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu
 - 3) *Grade* kuning : Investigasi komprehensif / Analisis akar masalah / RCA oleh Tim KPRS, waktu maksimal 45 hari
 - 4) *Grade* merah : Investigasi komprehensif / Analisis akar masalah / RCA oleh Tim KPRS, waktu maksimal 45 hari.
- f. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan kepada tim KPRS paling lama 2x24jam.
- g. Tim KPRS akan menganalisa kembali hasil Investigasi dan laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan regrading.
- h. Untuk *grade* kuning / merah, tim KPRS akan melakukan analisis akar masalah / *Root Cause Analysis (RCA)*

- i. Setelah melakukan RCA, tim KPRS akan membuat laporan dan rekomendasi untuk perbaikan serta "Pembelajaran" berupa : Petunjuk / "Safety alert" untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali.
- j. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada direktur rumah sakit
- k. Rekomendasi untuk "Perbaikan dan Pembelajaran" diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di rumah sakit
- l. Unit Kerja membuat analisa dan trend kejadian di satuan kerjanya masing – masing
- m. Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh tim KPRS (29).

Tabel 2.3 Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien
(sumber ; Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Kemenkes RI)



2.2.6. Analisis Matriks Grading Risiko

Penilaian matriks risiko adalah suatu metode analisa kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan dampak dan probabilitasnya.

a. Dampak (*Consequences*)

Penilaian dampak / akibat suatu insiden adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal

b. Probabilitas / Frekuensi // *Likelihood*

Penilaian tingkat probabilitas / frekuensi risiko adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi (29).

Tabel 2.4 Penilaian Dampak Resiko
(sumber ; Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Kemenkes RI)

Tingkat Risiko	Deskripsi	Dampak
1	Tidak signifikan	Tidak ada cedera
2	Minor	- Cedera ringan mis. Luka lecet - Dapat diatasi dengan pertolongan pertama.
3	Moderat	- Cedera sedang mis. Luka robek - Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/ psikologis atau intelektual (reversibel), tidak berhubungan dengan penyakit. - Setiap kasus yang memperpanjang perawatan
4	Mayor	- Cedera luas / berat mis. Cacat, lumpuh - Kehilangan fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (irreversibel), tidak berhubungan dengan penyakit.
5	Katastropik	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

Tabel 2.5 Penilaian Probabilitas
 (sumber ;Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Kemenkes RI)

TINGKAT RISIKO	DESKRIPSI
1	Sangat jarang / Rare (>5 thn/kali)
2	Jarang / Unlikely (>2-5 thn/kali)
3	Mungkin / Possible (1-2 thn/kali)
4	Sering / Likely (Bebrp kali /thn)
5	Sangat sering / Almost certain (Tiap minggu /bulan)

Setelah nilai dampak dan probabilitas diketahui, lalu dimasukkan kedalam tabel matriks grading risiko untuk mencari warna bands risiko.

a. Skor Risiko

Cara menghitung skor risiko dengan menggunakan matriks grading risiko dengan melihat warna *bands* berdasarkan pertemuan antara dampak pada kolom kanan dan probabilitas pada kolom kiri.

b. *Bands* Risiko

Bands risiko adalah derajat risiko yang digambarkan dalam empat warna, yaitu : biru, hijau, kuning dan merah. Warna *bands* akan menentukan investigasi yang akan dilakukan.

- *Bands* biru dan hijau : investigasi sederhana
- *Bands* kuning dan merah: investigasi komprehensif/ RCA

Tabel 2.6 Matriks Grading Resiko
(sumber ; Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Kemenkes RI)

MATRIX ASSESSMENT					
Likelihood/ Probability	Potencial Concequences / Impact				
	Insignificant 1	Minor 2	Moderate 3	Major 4	Catastropic 5
Almost certain (Tiap mgg/bln) 5	Moderate	Moderate	High	Extreme	Extreme
Likely (Bebrp x /thn) 4	Moderate	Moderate	High	Extreme	Extreme
Possible (1-2 thn/x) 3	Low	Moderate	High	Extreme	Extreme
Unlikely (2-5 thn/x) 2	Low	Low	Moderate	High	Extreme
Rare (>5 thn/x) 1	Low	Low	Moderate	high	Extreme
ACTION :					
Can be manage by procedure	Clinical Manager / Lead Clinician should assess the consequences againts cost of treating the risk		Detailed review & urgent treatment should be undertaken by senior management		Immediate review & action required at Board level. Director must be informed

Tabel 2.7 Tindakan Sesuai tingkat Bands
(sumber ; Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Kemenkes RI)

<i>Level / Bands</i>	Tindakan
<i>Extreme (sangat tinggi)</i>	Risiko ekstrim, dilakukan RCA paling lama 45 hari membutuhkan tindakan segera, perhatian sampai ke Direktur,
<i>High (tinggi)</i>	Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari Kaji dengan detil & perlu tindakan segera serta membutuhkan perhatian top manajemen,
<i>Moderate (sedang)</i>	Risiko sedang, dilakukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu. Manajer / Pimpinan Klinis sebaiknya menilai dampak terhadap biaya dan kelola risiko
<i>Low (rendah)</i>	Risiko rendah, dilakukan investigasi sederhana paling lama 1 minggu diselesaikan dengan prosedur rutin

2.2.7. Faktor Yang Menghambat Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Kementrian kesehatan RI menyimpulkan beberapa faktor yang menjadi penghambat pelaporan insiden keselamatan pasien yaitu ;

- a. Takut disalahkan

- b. Laporan disalah gunakan
- c. Rasa Kegagalan
- d. Ketakutan akan resiko medico legal
- e. Manfaat laporan insiden yang tidak jelas
- f. Sumber data yang sedikit
- g. Rasa enggan karena merasa bukan tugasnya
- h. Kurangnya pengetahuan
- i. Kesulitan melaporkan insiden (29).

2.3. Landasan teori

2.3.1. Defenisi Perilaku

Dari sudut biologis, perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme yang bersangkutan, yang dapat diamati secara langsung maupun tidak langsung. Perilaku manusia adalah suatu aktivitas manusia itu sendiri. Oleh sebab itu, dari segi biologis semua makhluk hidup termasuk hewan dan manusia mempunyai aktivitas masing – masing (30).

Secara singkat, aktivitas manusia dikelompokkan menjadi 2 yakni :

- a. Aktivitas yang dapat diamati oleh orang lain
Misalnya ; berjalan, bernyanyi, tertawa dan sebagainya
- b. Aktivitas yang tidak dapat diamati oleh orang lain
Misalnya ; berfikir, berfantasi dan sebagainya (30).

Skinner (1938) dalam buku Notoatmodjo merumuskan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Dengan demikian, perilaku manusia terjadi melalui proses : stimulus →

organisme → respon, sehingga teori skinner ini disebut teori S-O-R (stimulus-organisme-respon). Selanjutnya, teori skinner menjelaskan adanya 2 jenis respon, yaitu :

a. Responden respons atau refleksif

Responden respon adalah respon yang ditimbulkan oleh rangsangan – rangsangan (stimulus) tertentu yang disebut eliciting stimuli, karena menimbulkan respon – respon yang relatif tetap. Misalnya ; makanan lezat akan menimbulkan nafsu makan. Respondent respon juga mencakup perilaku emosional, misalnya mendengar berita duka akan menimbulkan rasa sedih.

b. Operant respons atau instrumental respons

Operant respons adalah respon yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimuli atau rangsangan lain. Perangsang yang terakhir ini disebut reinforcing stimuli atau reinforcer, karena berfungsi untuk memperkuat respon. Misalnya, apabila seorang petugas kesehatan melakukan tugasnya dengan baik adalah sebagai respon terhadap gaji yang cukup. Selanjutnya kerja yang baik akan menjadi stimulus untuk memperoleh promosi jabatan. Jadi, kerja baik tersebut sebagai reinforcer untuk memperoleh promosi jabatan (31).

2.3.2. Proses Pembentukan Perilaku

Seperti yang diuraikan dalam teori skinner, perilaku adalah hasil atau resultan antara stimulus (faktor eksternal) dengan respon (faktor internal) dalam subyek atau orang yang berperilaku tersebut. Dengan perkataan lain, perilaku seseorang atau subyek dipengaruhi atau ditentukan oleh faktor – faktor baik dari

dalam maupun dari luar subyek. Faktor yang menentukan atau membentuk perilaku disebut determinan.

Menurut Lawrence Green dalam buku Notoatmodjo, membedakan adanya dua determinan masalah kesehatan, yakni behavioral factors (faktor perilaku), dan non behavioral factors (faktor non perilaku). Selanjutnya Green menganalisis perilaku itu sendiri ditentukan atau terbentuk dari 3 faktor yaitu :

- a. Faktor–faktor predisposisi (predisposing factors), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.
- b. Faktor–faktor pendukung (enabling factors), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-saranakesehatan misalnya Puskesmas, obat-obatan, alat-alat kontrasepsi, jamban dan sebagainya.
- c. Faktor–faktor pendorong (reinforcing factors), yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat (31).

2.3.3. Bentuk Perilaku

Berdasarkan teori Skinner, perilaku manusia dibagi atas dua bentuk :

- a. Perilaku Tertutup (*Covert Behavior*)

Perilaku tertutup terjadi bila respons terhadap stimulus tersebut masih belum dapat diamati oleh orang lain (dari luar) secara jelas. Respon seseorang masih terbatas dalam bentuk perhatian, perasaan, persepsi, pengetahuan, dan sikap terhadap stimulus yang bersangkutan. Bentuk perilaku ini dapat diukur dari pengetahuan dan sikap. Contohnya : Perawat tahu pentingnya melaporkan insiden

keselamatan pasien, kemudian perawat tersebut bertanya kepada tim KPRS bagaimana cara pelaporan bila terjadi insiden.

b. Perilaku Terbuka (*Overt Behavior*)

Perilaku terbuka ini terjadi bila respon terhadap stimulus tersebut sudah berupa tindakan, atau praktik ini dapat diamati orang lain dari luar. Contohnya : Perawat melaporkan insiden yang ditemukannya kepada champion tim KPRS (31).

2.3.4. Perilaku Melaporkan Insiden Keselamatan Pasien

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa perilaku staf rumah sakit dalam melaporkan IKP dipengaruhi oleh 3 faktor sesuai dengan teori Lawrence Green, yaitu ;

a. Faktor – faktor predisposisi (*predisposing factors*)

Faktor – faktor ini mencakup pengetahuan dan sikap karyawan rumah sakit terhadap pentingnya pelaporan insiden keselamatan pasien, Keyakinan/tradisi di lingkungan rumah sakit yang berkaitan dengan keselamatan pasien, sistem nilai yang dianut karyawan rumah sakit, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi dan sebagainya. Misalnya karyawan rumah sakit memiliki pengetahuan yang baik mengenai keselamatan pasien sehingga karyawan tersebut termotivasi untuk melaporkan insiden keselamatan pasien yang ditemuinya tepat waktu.

b. Faktor – faktor pemungkin (*enabling factors*)

Faktor – faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana atau fasilitas bagi karyawan rumah sakit yang mendukung dalam pelaporan insiden

keselamatan pasien. Misalnya ketersediaan formulir insiden keselamatan pasien di setiap unit rumah sakit, sehingga seluruh karyawan rumah sakit dapat mengisi formulir laporan insiden keselamatan pasien apabila karyawan tersebut menemui insiden keselamatan pasien dan melaporkannya.

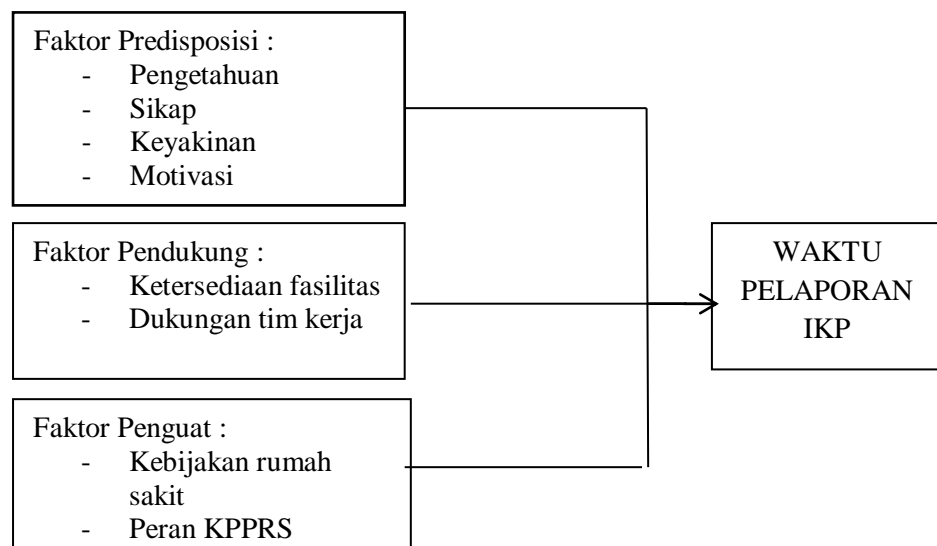
c. Faktor – faktor penguat (reinforcing factors)

Faktor – faktor ini mencakup sikap dan kebijakan direktur rumah sakit serta ketua KPRS yang dituangkan dalam kebijakan, prosedur dan sebagainya yang berkaitan dengan insiden keselamatan pasien.

2.4. Hipotesis

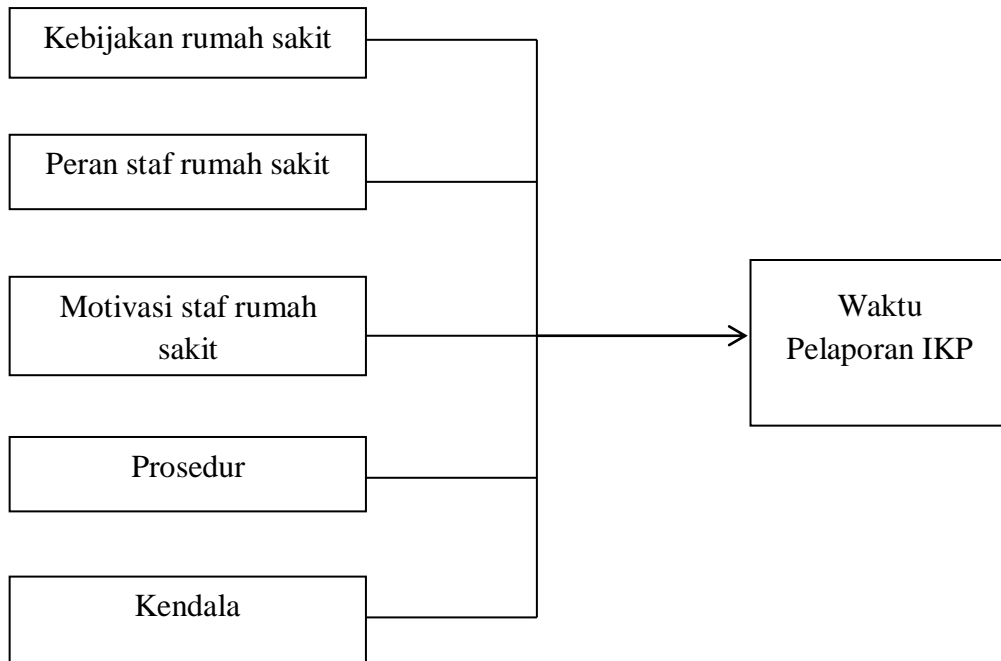
2.4.1. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan pustaka yang telah diuraikan sebelumnya, dapat digunakan kerangka teori sebagai berikut :



Gambar 2.8 Teori Lawrence Green

2.4.2. Kerangka Pikir



Gambar 2.9 Kerangka Pikir Penelitian

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1. Desain penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan *study fenomenology*. Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang pada umumnya menjelaskan dan memberi pemahaman dan interpretasi tentang berbagai perilaku dan pengalaman manusia (individu) dalam berbagai bentuk. Peneliti mengambil metode kualitatif karena penelitian ini dilakukan pada kondisi alamiah (*natural setting*), dimana peneliti sebagai instrumen kunci, menggunakan data yang pasti dan untuk mendapatkan data yang mendalam karena setiap orang mempunyai pengalaman yang berbeda. Tujuan *study fenomenology* adalah mendeskripsikan, menginterpretasikan, dan menganalisa data secara mendalam, lengkap dan terstruktur untuk memperoleh inti sari (*essence*) pengalaman hidup individu membentuk kesatuan makna atau arti dari pengalaman hidup tersebut dalam bentuk narasi, cerita dan bahasa/perkataan masing-masing individu

Penelitian deskriptif kualitatif bertujuan untuk menggambarkan, melukiskan, menerangkan, menjelaskan dan menjawab secara lebih rinci permasalahan yang akan diteliti dengan mempelajari semaksimal mungkin seorang individu, suatu kelompok atau suatu kejadian. Pendekatan deskriptif *fenomenology* juga dinilai peneliti dapat menjelaskan fokus permasalahan bagaimana ketepatan waktu pelaporan insiden keselamatan pasien di RSUD Bunda Thamrin tahun 2018.

3.2. Lokasi dan waktu penelitian

3.2.1. Lokasi penelitian

Lokasi penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Bunda Thamrin, yang berlokasi di jalan Sei batang hari no. 28 – 30 Kecamatan Sunggal Kotamadya Medan. Adapun alasan memilih tempat penelitian ini dengan pertimbangan RSU Bunda Thamrin adalah tempat peneliti bekerja dan dari hasil survei awal yang dilakukan peneliti berdasarkan laporan tim KPRS pelaporan insiden keselamatan pasien di RSU Bunda Thamrin cenderung tidak konsisten setiap bulannya.

3.2.2. Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan Juli - September 2018.

3.3. Informan Penelitian

Informan adalah subjek yang memahami informasi objek penelitian sebagai pelaku maupun orang yang memahami penelitian. Dalam penelitian ini terdapat beberapa informan yaitu informan utama yaitu *champion* tim KPRS, dan informan pendukung adalah perawat, direktur dan Ketua KPRS RSU Bunda Thamrin Medan.(23) Adapun kriteria inklusi pada penelitian ini adalah :

- a. Direktur RSU Bunda Thamrin Medan
- b. Karyawan RSU Bunda Thamrin dengan pengalaman bekerja minimal 1 tahun
- c. Karyawan RSU Bunda Thamrin dengan pengalaman minimal 1 tahun bergabung dalam tim KPRS RSU Bunda Thamrin
- d. Bersedia menjadi informan

- e. Mampu berbahasa Indonesia dengan baik dan benar
- f. Sehat secara fisik dan mental

3.4. Metode Pengumpulan Data

Jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data diperoleh dari wawancara mendalam, baik struktural maupun tidak, observasi, dokumentasi dan audio visual (foto dan *audiotape*) dan data berupa pedoman wawancara.(23)

3.5. Metode Analisis Data

Untuk menetapkan validasi data kualitatif diperlukan teknik pemeriksaan data. Teknik pemeriksaan data tersebut didasarkan atas kriteria derajat kepercayaan, keteralihan, keberuntungan dan kepastian. Metode yang digunakan yaitu triangulasi. Triangulasi diartikan sebagai teknik pengumpulan data yang bersifat menggabungkan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang telah ada. Peneliti melakukan triangulasi dengan membandingkan dan mengecek balik derajat kepercayaan suatu informasi yang diperoleh melalui waktu dan alat yang berbeda dalam metode kualitatif. Pada metode triangulasi dapat diperoleh dengan berbagai cara :

- 1) Membandingkan perspektif informasi yang didapat dari staf rumah sakit divalidasi dengan menanyakan langsung kepada ketua tim KPRS RSUD Bunda Thamrin
- 2) Membandingkan data hasil pengamatan dengan data hasil wawancara

3) Membandingkan hasil wawancara dengan isi dokumen yang berkaitan

Analisa data kualitatif merupakan proses yang berkelanjutan yang membutuhkan refleksi secara terus menerus terhadap data, mengajukan pertanyaan – pertanyaan dan membuat catatan lapangan selama penelitian. Analisis data dilakukan pada saat pengumpulan data berlangsung dan setelah selesai pengumpulan data dalam setiap periode pertemuan, bila informasi yang didapatkan setelah dianalisis belum memuaskan maka peneliti melanjutkan pertanyaan sampai data yang diterima dianggap *credible* atau dipercaya. Oleh karena itu, dibutuhkan beberapa cara menentukan keabsahan data, yaitu :

1) Kredibilitas (*credibility*)

Kredibilitas data atau ketepatan dan keakurasian suatu data yang dihasilkan dari studi kualitatif menjelaskan derajat atau nilai kebenaran dari data yang dihasilkan termasuk proses analisis data tersebut dari penelitian yang dilakukan. Suatu hasil penelitian dapat dikatakan memiliki kredibilitas tinggi atau baik ketika hasil – hasil temuan penelitian tersebut dapat dikenali dengan baik oleh para partisipannya dalam konteks sosial mereka. Macam- macam cara pengujian kredibilitas antara lain perpanjangan pengamatan, peningkatan ketekunan, triangulasi, diskusi dengan teman, analisa kasus negative, dan *member check*.

2) Transferabilitas (*transferability*)

Merupakan validitas eksternal, menunjukkan derajat ketepatan atau dapat diterapkan hasil penelitian ke populasi dimana sampel tersebut diambil.

Peneliti dalam membuat laporan harus memberikan uraian yang rinci, jelas, sistematis dan dapat dipercaya.

3) Dependability (*dependability*)

Peneliti melakukan audit terhadap keseluruhan proses penelitian. Dimana pembimbing memantau aktivitas peneliti dalam melakukan penelitian. Penelitian mulai menentukan masalah atau fokus, memasuki lapangan, menentukan sumber data, melakukan analisa data, melakukan uji keabsahan data, sampai membuat kesimpulan harus dapat ditunjukkan.

4) Konfirmabilitas (*confirmability*)

Dimana hasil penelitiannya diuji dan dikaitkan dengan proses yang dilakukan peneliti. Peneliti harus mendapatkan persetujuan dari informan dan menyertakan dokumen yang sudah diperoleh (23)