

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien adalah suatu upaya pengurangan risiko bahaya pada pasien terkait dengan perawatan kesehatan (*World Health Organization* 2011). Masyarakat Eropa untuk Mutu dalam Perawatan Kesehatan (2006) mendefinisikan keselamatan pasien sebagai budaya yaitu pola terpadu perilaku individu dan organisasi, berdasarkan kepercayaan dan nilai bersama yang terus berupaya meminimalkan bahaya pasien, yang dapat diakibatkan oleh proses pemberian perawatan (Vifladt dkk. 2015).

Sistem perawatan kesehatan di rumah sakit yang begitu kompleks, melibatkan banyak profesi, banyak alat dan prosedur dapat meningkatkan risiko untuk terjadinya kesalahan yang dapat mengancam keselamatan pasien (*World Health Organization* 2007). Meskipun insiden

keselamatan pasien bukanlah kesengajaan petugas, namun beberapa studi di negara-negara maju dan berkembang menunjukkan tingginya angka kejadian insiden keselamatan pasien (*World Health Organization* 2011). Dan sebetulnya tidak kurang dari 50% insiden keselamatan pasien itu dapat dicegah (*World Health Organization* 2017).

Diperkirakan ada 421 juta pasien dirawat inap di dunia setiap tahunnya, dan sekitar 42,7 juta mengalami insiden keselamatan pasien selama proses rawat inap tersebut. Dan sekitar dua pertiga dari semua insiden tersebut terjadi di negara-negara dengan tingkat rendah dan menengah (*World Health Organization* 2017). Dampak yang ditimbulkanyapun beragam, mulai dari luka ringan, luka berat atau permanen, memperpanjang hari rawat dan bahkan kematian pasien. Hal ini menunjukkan betapa sulitnya menyajikan perawatan kesehatan yang aman bagi pasien ditengah kompleksitas rumah sakit (*World Health Organization* 2011).

Dampak yang ditimbulkan akibat insiden keselamatan pasien tidak hanya penderitaan yang dialami

oleh pasien, tetapi juga biaya kerugian yang terkait dengan hilangnya nyawa atau cacat tetap, yang mengakibatkan hilangnya kapasitas dan produktivitas pasien dan keluarga yang terkena dampak pada kisaran triliunan dolar AS setiap tahunnya. Studi secara langsung biaya medis yang timbul akibat insiden keselamatan pasien di beberapa negara menunjukkan bahwa biaya rawat inap tambahan, biaya litigasi, infeksi yang didapat di rumah sakit, kehilangan pendapatan, cacat dan biaya pengobatan menghabiskan biaya antara US \$ 6 miliar dan US \$ 29 miliar per tahun. Hilangnya kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan dan hilangnya reputasi dan kredibilitas rumah sakit adalah dampak lain yang timbul akibat dari insiden keselamatan pasien (*World Health Organization 2017*).

Oleh karena itulah rumah sakit harus merancang sistem yang bagus untuk memudahkan komunikasi efektif dan koordinasi antar profesi kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien. Sehingga dapat mengurangi kesalahan yang pada akhirnya dapat meningkatkan keselamatan pasien (*World Health Organization 2011*).

Permenkes nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien telah jelas mengatur bahwa penyelenggaraan keselamatan pasien di rumah sakit dilakukan melalui pembentukan sistem pelayanan yang menerapkan:

- a. Standar Keselamatan Pasien;
- b. Sasaran Keselamatan Pasien; dan
- c. Tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien.

Sistem pelayanan tersebut harus menjamin pelaksanaan:

- a. Asuhan pasien lebih aman, melalui upaya yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien;
- b. Pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, dan tindak lanjutnya; dan
- c. 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.

2. Insiden Keselamatan Pasien

- a. Definisi Insiden Keselamatan Pasien

Suatu kesalahan dalam proses layanan kesehatan biasanya menggambarkan adanya penyimpangan dari prosedur asuhan, tetapi insiden keselamatan pasien atau kejadian tidak diharapkan yang menimpa pasien bisa terjadi karena adanya suatu kesalahan maupun tidak (Vincent 2005). Insiden Keselamatan Pasien (IKP) atau *Patient Safety Incident* adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan *harm* (penyakit, cedera, cacat, kematian dan lain-lain) yang tidak seharusnya terjadi (*World Health Organization* 2011).

Sementara *harm/cedera* adalah dampak yang terjadi akibat gangguan struktur atau penurunan fungsi tubuh dapat berupa fisik, sosial dan psikologis. Yang termasuk *harm* adalah penyakit, cedera, penderitaan, cacat, dan kematian. (KKPRS 2015), (*World Health Organization* 2011).

1. Penyakit/*Disease*

Disfungsi fisik atau psikis (KKPRS 2015),(*World Health Organization* 2011).

2. Cedera/*Injury*

Kerusakan jaringan yang diakibatkan *agent* / keadaan (KKPRS 2015), (*World Health Organization* 2011).

3. Penderitaan/*Suffering*

Pengalaman/ gejala yang tidak menyenangkan termasuk nyeri, *malaise*, mual, muntah, depresi, agitasi dan ketakutan (KKPRS 2015), (*World Health Organization* 2011).

4. Cacat/*Disability*

Segala bentuk kerusakan struktur atau fungsi tubuh, keterbatasan aktifitas dan atau restriksi dalam pergaulan sosial yang berhubungan dengan *harm* yang terjadi sebelumnya atau saat ini (KKPRS 2015), (*World Health Organization* 2011).

Terhadap terjadinya insiden keselamatan pasien harus dipahami sebagai gambaran betapa sistem perawatan kesehatan masih belum bagus dan aman bagi pasien serta adanya faktor-faktor kontributor lain yang turut menjadi penyebab terjadinya kesalahan (*World Health Organization* 2011). Sebab berbuat salah itu manusiawi, tetapi yang terpenting adalah dapat memahami mengapa kesalahan itu terjadi, apa yang salah

dari sistem yang ada, supaya kesalahan-kesalahan berikutnya dapat dicegah (*World Health Organization* 2011).

b. Jenis-Jenis Insiden Keselamatan Pasien

Pengelompokan insiden keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan seperti di rumah sakit yang disebutkan di dalam Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dari KKPRS adalah sebagai berikut:

1. Kondisi Potensial Cedera (KPC);

KPC adalah merupakan kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

2. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

KNC adalah merupakan terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menimbulkan cedera pada pasien.

3. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

KTC adalah merupakan insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera, dapat terjadi karena "keberuntungan" (misal; pasien terima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak timbul reaksi obat), atau

"peringanan" (suatu obat dengan reaksi alergi diberikan, diketahui secara dini lalu.

4. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

KTD adalah merupakan insiden yang mengakibatkan cedera yang tidak diharapkan pada pasien karena suatu tindakan ("*commission*") atau karena tidak bertindak ("*omission*"), bukan karena "*underlying disease*" atau kondisi pasien.

Selain pengelompokan insiden di atas dikenal juga kejadian sentinel yaitu merupakan suatu Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang mengakibatkan kematian, cedera permanen, atau cedera berat yang temporer dan membutuhkan intervensi untuk mempertahankan kehidupan, baik fisik maupun psikis, yang tidak terkait dengan perjalanan penyakit atau keadaan pasien. Kejadian sentinel ini dapat disebabkan oleh hal lain selain insiden. (Permenkes no 11 tahun 2017), (KKPRS 2015). 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 (KKPRS 2015).

3. Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Pelaporan insiden keselamatan pasien seharusnya menjadi bagian dari budaya kerja, sebagai pintu masuk melakukan analisis dan pembelajaran guna mencari akar masalah untuk menemukan solusi-solusi perbaikan. Hal ini harus lebih dikedepankan dibandingkan menyalahkan orang yang berbuat (Vifladt dkk. 2015). Karena berbuat salah sebetulnya sudah memberikan tekanan tersendiri bagi seseorang sehingga yang dibutuhkan adalah dukungan dan motivasi untuk mengembalikan kepercayaan diri (*World Health Organization* 2011). Tujuan terpenting dari pelaporan insiden adalah menyusun rekomendasi perbaikan sistem dari data-data hasil analisis dan investigasi insiden (*World Health Organization* 2005).

Sistem pelaporan dan pembelajaran yang dapat meningkatkan keselamatan pasien adalah yang memiliki karakteristik sebagai berikut: pelaporan aman bagi individu yang melaporkan; pelaporan mengarah pada

respons yang konstruktif; keahlian dan sumber keuangan yang memadai tersedia untuk memungkinkan analisis laporan yang berarti; sistem pelaporan harus mampu menyebarkan informasi bahaya dan rekomendasi untuk perubahan (*World Health Organization 2005*).

Guna menjamin pelaksanaan penanganan insiden, rumah sakit harus terlebih dahulu membentuk Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Tim KPRS) yang ditetapkan oleh pimpinan. Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit selanjutnya juga dapat dikembangkan menjadi Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan fasilitas pelayanan kesehatan. Selanjutnya tim KPRS ini bertugas sebagai pelaksana kegiatan penanganan insiden. Dalam melakukan penanganan insiden, tim KPRS melakukan kegiatan berupa pelaporan, verifikasi, investigasi, dan analisis penyebab insiden tanpa menyalahkan, menghukum, dan memermalukan seseorang. Tim KPRS bertanggung jawab langsung kepada pimpinan Rumah Sakit (*Permenkes 11 2017*).

Berdasarkan permenkes no 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, diantara tugas-tugas tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang harus dilaksanakan adalah:

- a. menyusun kebijakan dan pengaturan di bidang keselamatan pasien untuk ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan;
- b. mengembangkan program keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan;
- c. melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan dan penilaian tentang penerapan program keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan;
- d. melakukan pelatihan keselamatan pasien bagi fasilitas pelayanan kesehatan;
- e. melakukan pelaporan insiden, analisis insiden termasuk melakukan RCA, dan mengembangkan solusi untuk meningkatkan keselamatan pasien;
- f. memberikan masukan dan pertimbangan kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien;

- g. membuat laporan kegiatan kepada pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan; dan
- h. mengirim laporan insiden secara kontinu melalui *e-reporting* sesuai dengan pedoman pelaporan Insiden.

Pelaporan insiden keselamatan pasien menjadi penting, karena pelaporan akan menjadi awal proses pembelajaran untuk mencegah kejadian yang sama terulang kembali. Sistem pelaporan dan sistem analisis ini juga merupakan salah satu metode untuk mengidentifikasi risiko. Dapat dipastikan bahwa sistem pelaporan akan mengajak semua orang dalam organisasi untuk peduli akan bahaya atau potensi bahaya yang dapat terjadi kepada pasien. Pelaporan juga penting digunakan untuk memonitor upaya pencegahan terjadinya kesalahan (*error*) sehingga diharapkan dapat mendorong dilakukannya investigasi selanjutnya. Untuk memulainya rumah sakit harus membuat suatu sistem pelaporan insiden yang meliputi kebijakan, alur pelaporan, formulir pelaporan dan prosedur pelaporan yang harus disosialisasikan pada seluruh karyawan (KKPRS 2015).

Dalam sistem pelaporan insiden keselamatan pasien harus jelas mengenai apa yang harus dilaporkan, insiden apa saja yang dilaporkan, siapa yang harus membuat laporan dan bagaimana cara membuat laporan insiden. Selanjutnya seluruh karyawan diberikan pelatihan mengenai sistem pelaporan keselamatan pasien tersebut mulai dari maksud, tujuan dan manfaat laporan, alur pelaporan, bagaimana cara mengisi formulir laporan insiden, kapan harus melaporkan, pengertian-pengertian yang digunakan dalam sistem pelaporan dan cara menganalisis laporan (KKPRS 2015).

Berdasarkan buku pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien, insiden yang harus dilaporkan adalah kejadian yang sudah terjadi, potensial terjadi ataupun yang nyaris terjadi, seperti pada pengelompokan insiden keselamatan pasien di atas. Sedangkan yang harus membuat laporan insiden (*incident report*) adalah siapa saja atau semua staf rumah sakit yang pertama menemukan kejadian/insiden atau yang terlibat dalam kejadian/insiden. Cara membuat laporan insiden yaitu dengan cara mengisi formulir laporan insiden. Setiap

insiden harus dilaporkan secara internal kepada tim KPRS dalam waktu paling lambat 2x24 (dua kali dua puluh empat jam) (KKPRS 2015).

Rumah sakit juga diharuskan melakukan pelaporan insiden secara online atau tertulis kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit sesuai dengan format dan ketentuan yang telah diatur pula dalam permenkse no 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien. Pelaporan insiden ini disampaikan setelah dilakukan analisis, serta mendapatkan rekomendasi dan solusi dari tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Setelah menerima pelaporan Insiden selanjutnya Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit melakukan pengkajian dan memberikan umpan balik (*feedback*) berupa rekomendasi keselamatan pasien dalam rangka mencegah berulangnya kejadian yang sama di fasilitas pelayanan kesehatan lain secara nasional (KKPRS 2015).

4. Alur Pelaporan Insiden Keselamatan pasien

Alur pelaporan insiden kepada Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (laporan internal) sebagaimana yang

sudah diatur dalam buku Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit adalah sebagai berikut:

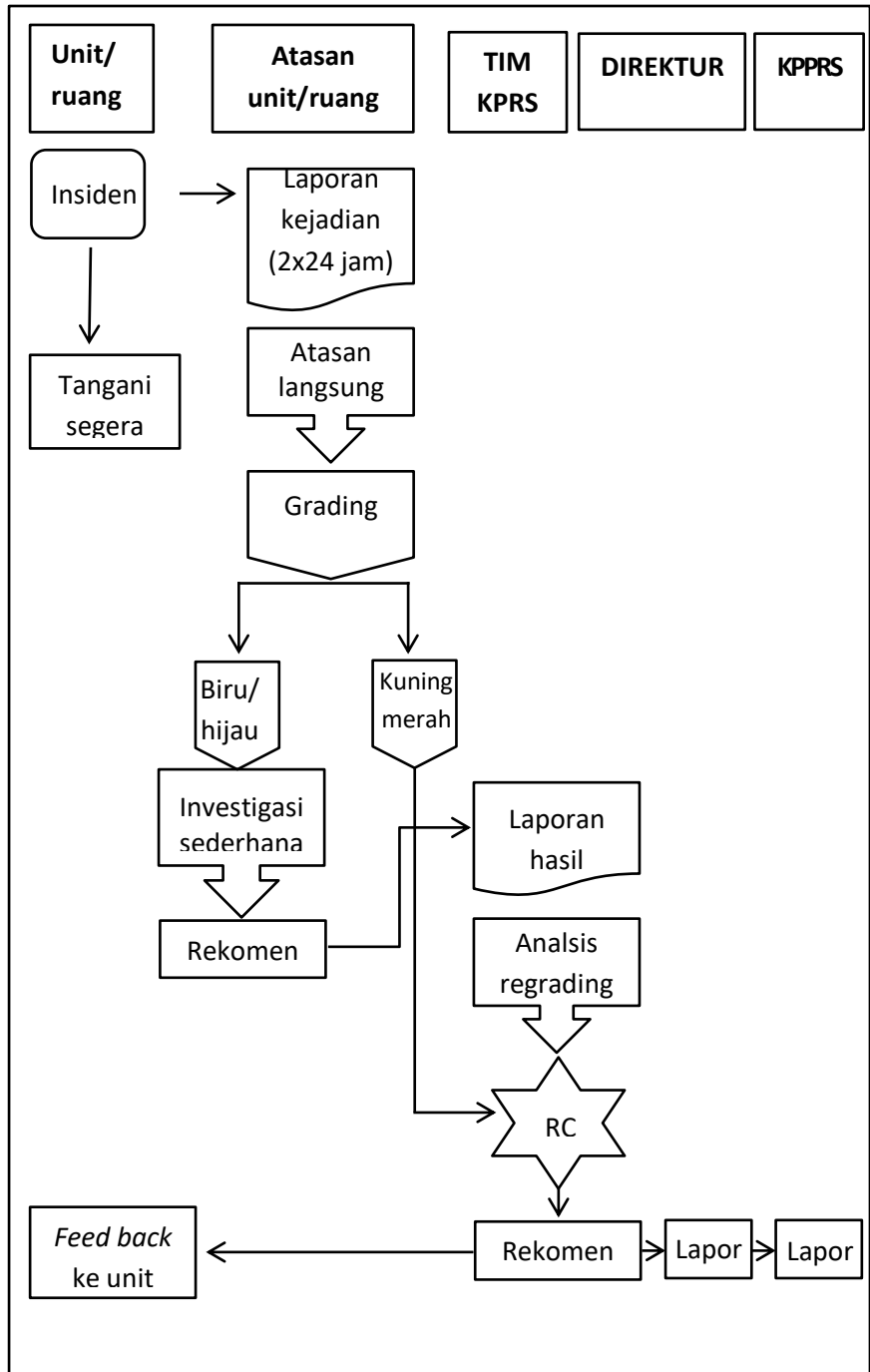
1. Apabila terjadi suatu insiden (KNC/KTD/ KTC/KPC) di rumah sakit, wajib segera ditindaklanjuti (dicegah / ditangani) untuk mengurangi dampak/akibat yang tidak diharapkan.
2. Setelah ditindaklanjuti, segera membuat laporan insidennya dengan mengisi Formulir Laporan Insiden pada akhir jam kerja/*shift* kepada atasan langsung. (Paling lambat 2 x 24 jam); diharapkan jangan menunda laporan.
3. Setelah selesai mengisi laporan, segera menyerahkan kepada atasan langsung pelapor. (atasan langsung disepakati sesuai keputusan Manajemen: Supervisor/Kepala Bagian/ Instalasi/ Departemen / Unit/Ruang).
4. Atasan langsung akan memeriksa laporan dan melakukan grading risiko terhadap insiden yang dilaporkan. Hasil grading akan menentukan bentuk investigasi dan analisis yang akan dilakukan. Apabila hasil grading

- a) Grade biru : investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu.
 - b) Grade hijau : Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu.
 - c) Grade kuning: Investigasi komprehensif/ Analisis akar masalah/ *Root Cause Analysis* (RCA) oleh Tim KPRS, waktu maksimal 45 hari.
 - d) Grade merah: Investigasi komprehensif/ Analisis akar masalah / *Root Cause Analysis* (RCA) oleh Tim KPRS, waktu maksimal 45 hari.
5. Setelah selesai melakukan investigasi sederhana, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KPRS.
 6. Tim KPRS akan menganalisis kembali hasil Investigasi dan Laporan insiden untuk menentukan apakah perlu dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan *regrading*.
 7. Selanjutnya untuk grade Kuning / Merah, Tim KPRS akan melakukan Analisis akar masalah / *Root Cause Analysis* (RCA).

8. 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.
9. Hasil RCA, rekomendasi dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi.
10. Rekomendasi untuk "perbaikan dan pembelajaran" diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di rumah sakit.
11. Unit Kerja membuat analisis kejadian di satuan kerjanya masing – masing.
12. Monitoring dan evaluasi perbaikan oleh Tim KPRS.

Alur pelaporan insiden keselamatan pasien rumah sakit ke Komite Nasional Keselamatan Pasien (Laporan eksternal) dilakukan melalui online dengan melakukan entry data (*e-reporting*) melalui website resmi KKPRS : www.buk.depkes.go.id. Secara skematik alur pelaporan insiden keselamatan pasien terlihat pada gambar 2.1 berikut [ini](#).

Gambar 2.1 Alur pelaporan insiden keselamatan pasien



5. Analisis Matrik Grading Risiko

Penilaian matriks grading risiko sesuai dengan yang ada di dalam buku pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien adalah suatu metode analisis kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan Dampak dan Probabilitasnya.

1. Dampak (*Consequences*) Penilaian dampak/ akibat suatu insiden adalah seberapa berat akibat yang dialami pasien mulai dari tidak ada cedera sampai meninggal (tabel 2.1).
2. Probabilitas/Frekuensi/*Likelihood* Penilaian tingkat probabilitas/frekuensi risiko adalah seberapa seringnya insiden tersebut terjadi (tabel 2.2).

Tabel 2.1 Penilaian Dampak Klinis / Konsekuensi / *Severity*

Tingkat Risiko	Deskripsi	Dampak
1	Tdk significant	Tidak ada cedera
2	Minor	Cedera ringan , mis luka lecet Dapat diatasi dng P3K

Tingkat Risiko	Deskripsi	Dampak
3	Moderat	Cedera sedang, mis : luka robek Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual (reversibel. Tdk berhubungan dng penyakit Setiap kasus yg meperpanjang perawatan
4	Mayor	Cedera luas/berat, mis : cacat, lumpuh Kehilangan fungsi motorik/sensorik/ psikologis atau intelektual (ireversibel), tdk berhubungan dengan penyakit
5	Katropik	Kematian yg tdk berhubungan dng perjalanan penyakit

Tabel 2.2 Penilaian Probabilitas / Frekuensi

Tingkat Risiko	Deskripsi
1	Sangat jarang/ rare (> 5 tahun/kali)
2	Jarang/unlikey (> 2 – 5 tahun/kali)
3	Mungkin/ Posible (1 -2 tahun/kali)
4	Sering/Likely (beberapa kali/tahun)
5	Sangat sering/ almost certain (tiap minggu/ bulan)

Setelah nilai Dampak dan Probabilitas diketahui, kemudian dimasukkan dalam Tabel Matriks Grading

Risiko untuk menghitung skor risiko dan mencari warna bands risiko. Bands risiko adalah derajat risiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu, seperti pada tabel 2.3. Cara untuk menentukan skor risiko adalah sebagai berikut:

- a) Tetapkan nilai frekuensi berdasarkan tabel 2.2
- b) Tetapkan nilai dampak berdasarkan tabel 1.1
- c) Skor risiko didapat dengan mengalikan nilai dampak dan nilai probabilitas

$$\text{Skor Risiko} = \text{Dampak} \times \text{Probabilitas}$$

Sedangkan cara untuk menentukan warna bands risiko adalah dengan melihat titik temu antara kolom nilai dampak dan baris nilai frekuensi. Akan didapatkan kemungkinan empat warna bands sesuai dengan derajat risikonya, yaitu biru (rendah), hijau (moderat), kuning (tinggi) dan merah (ekstrim) seperti terlihat pada tabel 2.3

Tabel 2.3 Matrik Grading Risiko

Probabilitas	Tak Significant 1	Minor 2	Moderat 3	Mayor 4	Katastrofik 5
Sangat sering terjadi (Tiap minggu/bulan) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering terjadi (bbrp kali/tahun) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1- <2 tahun/kali) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi (>2- <5 th/kali) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang terjadi (>5 thn/Kali) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

Warna "bands" risiko akan menentukan investigasi yang akan dilakukan sebagaimana tercantum dalam tabel 2.4, yaitu :

- Bands biru dan hijau : Investigasi sederhana
- Bands kuning dan merah : Investigasi Komprehensif /

RCA

\

Tabel 2.4 Tindakan sesuai tingkat dan bands risiko

Level/Bands	Tindakan
Ekstrem (Sangat Tinggi)	Risiko ekstrem, dilakukan RCA paling lama 45 hari, membutuhkan tindakan segera, perhatian sampai ke Direktur RS
High (Tinggi)	Risiko tinggi, dilakukan RCA paling lama 45 hari, kaji dng detail & perlu tindakan segera, serta membutuhkan tindakan top manajemen
Moderate (Sedang)	Risiko sedang dilakukan investigasi sederhana paling lama 2 minggu. Manajer/pimpinan klinis sebaiknya menilai dampak terhadap bahaya & kelola risiko
Low (Rendah)	Risiko rendah dilakukan investigasi sederhana paling lama 1 minggu diselesaikan dng prosedur rutin

6. Budaya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien dan Konsep Evaluasi

Pelaporan insiden keselamatan pasien sebagai metode pembelajaran untuk perbaikan seharusnya menjadi bagian dari budaya kerja di rumah sakit (AbuAIRub, Al-Akour dan Alatarı 2015). Sosialisasi dan dukungana perlu terus dilakukan untuk mewujudkan budaya pelaporan insiden keselamatan pasien tersebut. Pendekatan terhadap budaya pelaporan inilah yang selanjutnya akan dilakukan

dalam evaluasi program pelaporan insiden keselamatan pasien pada penelitian ini.

Evaluasi adalah kegiatan yang dilakukan untuk mengukur bagaimana dan apa hasil dari suatu kegiatan yang sedang dievaluasi. Evaluasi dilakukan dengan mengumpulkan data dari obyek dan subyek yang dievaluasi. Sebelum melakukan evaluasi terlebih dahulu harus menyusun konsep tentang apa yang akan dievaluasi, siapa yang akan mengevaluasi dan tujuan evaluasi (*World Health Organization 2011*).

Ada berbagai jenis evaluasi diantaranya pemantauan, proaktif, klarifikasi, interaktif, dan dampak dan masing-masing jenis mampu menjawab berbagai pertanyaan yang berbeda. Metode pengambilan data evaluasi dapat dilakukan dalam beberapa cara seperti refleksi diri, kuesioner, FGD, wawancara individu, observasi dan dokumentasi / catatan. Rekomendasi dari hasil temuan evaluasi harus disebarluaskan sebagai bahan tindak lanjut perbaikan (*World Health Organization 2011*).

Evaluasi terhadap program pelaporan insiden keselamatan pasien dapat dilakukan dengan pendekatan teori-teori perilaku atau budaya (Mirbaha dkk. 2015). Teori tersebut dapat digunakan untuk memahami faktor dan hambatan yang mungkin mempengaruhi perubahan perilaku yang diharapkan serta untuk mengidentifikasi kemungkinan teknik yang dapat digunakan untuk mengubah perilaku klinis. Pemahaman terhadap hambatan-hambatan perilaku profesional kesehatan sebagai bagian terpenting dalam mengembangkan strategi untuk meningkatkan budaya pelaporan sehingga mampu menurunkan insiden dan meningkatkan keselamatan pasien (Mirbaha dkk. 2015).

Salah satu instrumen yang banyak digunakan untuk mengukur budaya keselamatan pasien termasuk budaya pelaporan insiden adalah dengan menggunakan instrumen Survei Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit atau *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*. Instrumen ini dirancang untuk menilai pendapat staf rumah sakit tentang masalah-masalah keselamatan pasien, insiden keselamatan pasien dan

pelaporan insiden. Instrumen ini mencakup 42 item dan mengukur 12 area menyangkut budaya keselamatan pasien, yaitu: 1. Keterbukaan komunikasi; 2. Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan; 3. Frekuensi laporan kejadian; 4. *Handoffs* dan pergantian di rumah sakit; 5. Dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien; 6. Respon tidak menghukum terhadap kesalahan; 7. Pembelajaran organisasi- perbaikan terus menerus; 8. Persepsi keselamatan pasien secara umum; 9. *Staffing*; 10. Ekpektasi dan kegiatan supervisor / manager yang mendukung keselamatan; 11. *Teamwork* antar unit rumah sakit; 12. *Teamwork* dalam unit rumah sakit (Sorra et al, 2016 (AHRQ), (Vifladt dkk. 2015).

Sedangkan teori tentang perubahan perilaku yang juga telah banyak digunakan oleh para peneliti untuk mengidentifikasi hambatan-hambatan perubahan perilaku profesional kesehatan adalah *Theoretical Domains Framework (TDF)* (Michie dkk. 2005). Setidaknya ada dua belas domain yang menjelaskan perubahan perilaku: (1) pengetahuan, (2) keterampilan, (3) peran dan identitas sosial / profesional, (4) kepercayaan tentang kemampuan,

(5) keyakinan tentang konsekuensi, (6) motivasi dan tujuan, (7) proses memori, perhatian dan keputusan, (8) konteks lingkungan dan sumber daya, (9) pengaruh sosial, (10) peraturan emosi, (11) peraturan perilaku, dan (12) sifat perilaku (Michie dkk. 2005).

Pemilihan teori yang tidak tepat dalam pendekatan perilaku berisiko kehilangan konseptual konstruksi yang relevan terhadap tujuan dan konstruksi teoritis yang dirancang menjadi tidak efektif dan tumpang tindih (Mirbaha dkk. 2015). Sehingga pemilihan teori yang tepat dengan didasarkan pada penilaian teoritis yang komprehensif terhadap perilaku yang ditargetkan perlu direncanakan dengan baik, supaya dapat menjawab permasalahan-permasalahan yang ada (Mirbaha dkk. 2015).

B. Keaslian Penelitian

Tabel 2.5 Penelitian Terdahulu

Peneliti Judul	Metode	Hasil Penelitian	Perbedaan
Mirbaha, Fariba, Gloria Shalviri, Bahareh Yazdizadeh, Kheirollah Gholami, dan Reza Majdzadeh. 2015. <i>Perceived Barriers to Reporting Adverse Drug Events in Hospitals</i>	Studi kualitatif dengan FGD	Ditemukan hambatan pelaporan insiden berupa kurangnya pengetahuan, hukuman, kurang waktu, kurang dukungan manajemen dan <i>teamwork</i> .	Penelitian ini : menggunakan kuisisioner dan wawancara. Melihat aspek budaya dan hambatan.
Vifladt, Anne, Bjoerg O. Simonsen, Stian Lydersen, dan Per G. Farup. 2015. <i>The Culture of Incident Reporting and Feedback: A Cross-Sectional Study in a Hospital Setting.</i>	Studi <i>cross-sectional</i>	Budaya pelaporan insiden masih perlu ditingkatkan melalui komunikasi, promosi , kerjasama antar unit dan pembelajaran organisasi	Penelitian ini : Kualitatif deskriptif Menilai aspek budaya dan hambatan pelaporan insiden
Gunawan, Fajar Yuli Widodo, Tatong Harijanto, 2015 Analisis Rendahnya Laporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit	Deskriptif analitik	Teridentifikasi faktor rendahnya laporan IKP adalah rasa takut pada kepala unit	Penelitian ini : Kualitatif deskriptif Menilai aspek budaya dan hambatan pelaporan insiden
Jee-In Hwang, PhD, Sang-IL Lee, MD, PhD, Hyeoun-Ae Park, PhD, 2012 <i>Barriers to the Operation of Patient Safety Incident Reporting Systems in Korean General Hospitals</i>	Kuantitatif dengan metode triangulasi	Rendahnya laporan insiden karena rendahnya sistem pelaporan dan kurang dukungan dari manager	Penelitian ini : Kualitatif deskriptif Menilai aspek budaya dan hambatan pelaporan insiden

C. Kerangka Teori

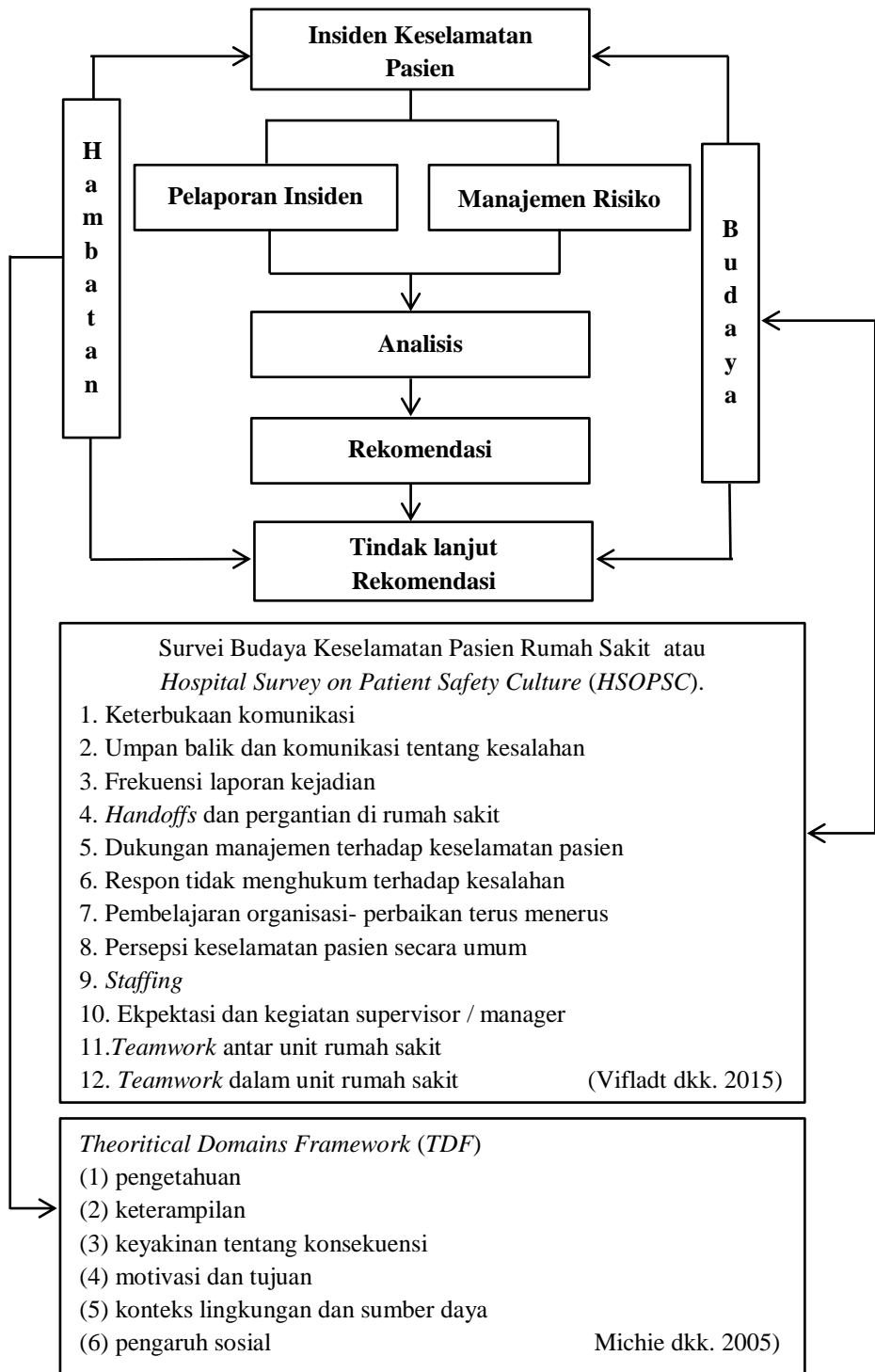
Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas kesehatan harus menyelenggarakan sistem keselamatan pasien. Sedangkan insiden keselamatan pasien merupakan indikator baik buruknya sistem keselamatan pasien di rumah sakit. Sistem pelayanan yang baik bagi keselamatan pasien harus menjamin pelaksanaan:

- a. asuhan pasien lebih aman, melalui upaya yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien;
- b. pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, dan tindak lanjutnya; dan
- c. implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya (Permenkes no 11, 2017).

Pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan salah satu metode pembelajaran untuk meningkatkan keselamatan dan mutu layanan rumah sakit. Evaluasi sebagai bagian penting dari siklus peningkatan mutu penting untuk dilakukan guna mendapatkan gambaran bagaimana dan apa hasil-hasil dari program pelaporan insiden keselamatan

pasien yang selama ini dijalankan sehingga tujuan dari program ini dapat tercapai (*World Health Organization* 2011). Pada penelitian ini untuk mendapatkan hasil maksimal evaluasi dilakukan menggunakan landasan teori Survei Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit atau *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*. Instrumen ini dirancang untuk menilai pendapat staf rumah sakit tentang masalah-masalah keselamatan pasien, insiden keselamatan pasien dan pelaporan insiden. Instrumen ini mencakup 42 item dan mengukur 12 area menyangkut budaya keselamatan pasien (Sorra et al, 2016). Dan juga *Theoretical Domains Framework (TDF)* yaitu teori tentang perubahan perilaku yang juga telah banyak digunakan oleh para peneliti untuk mengidentifikasi hambatan-hambatan perubahan perilaku profesional kesehatan (Michie dkk. 2005). Selain menggunakan kedua teori tersebut evaluasi juga dilakukan dengan metode observasi dokumen (*World Health Organization* 2011). Secara skematik kerangka teori penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:

Gambar 2.2 Kerangka Teori Penelitian



D. Kerangka Konsep

Pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan salah satu langkah dalam menurunkan angka insiden keselamatan pasien yang diharapkan menjadi salah satu budaya kerja di rumah sakit. Kerangka konsep evaluasi pelaporan insiden keselamatan pasien pada penelitian ini menggunakan instrumen Survei Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit atau *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)* untuk melihat sejauh mana pelaporan insiden sudah menjadi budaya kerja di rumah sakit (Vifladdt dkk. 2015). *Theoretical Domains Framework (TDF)* digunakan untuk mengidentifikasi hambatan-hambatan perubahan perilaku profesional kesehatan terkait pelaporan insiden keselamatan pasien (Michie dkk. 2005). Ada 6 domain yang digunakan dan relevan dengan evaluasi pelaporan insiden keselamatan pasien. Domain ini mencakup Pengetahuan, Keterampilan, Keyakinan tentang konsekuensi, Motivasi dan tujuan, konteks dan sumber daya lingkungan, dan pengaruh sosial (Mirbaha dkk. 2015). Seperti terlihat pada gambar 2.3 berikut ini:

Gambar 2.3 Kerangka Konsep Penelitian

