

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan melalui 3 tahapan penelitian, yaitu observasi dokumen pelaporan insiden keselamatan pasien, pengukuran tingkat budaya keselamatan pasien melalui pengisian kuisisioner survey budaya keselamatan pasien dan wawancara mendalam tentang hambatan pelaporan insiden keselamatan pasien.

1. Hasil observasi dokumen pelaporan insiden keselamatan pasien

Program pelaporan insiden keselamatan pasien di RSUD Temanggung telah dilaksanakan sejak sebelum tahun 2016. Namun baru digalakan sejak pertengahan tahun 2016. Program ini di bawah tanggung jawab Sub Komite Kesealmatan Pasien (SKKP) bagian dari Komite Mutu Keselamatan dan Kinerja (KMKK) RSUD Temanggung dengan SK Direktur nomor 445/187 tahun 2016 dan langsung berada di bawah Direktur sebagaimana komite-komite yang lain di rumah sakit.

Hasil telaah dokumen menunjukkan rumah sakit telah memberlakukan berbagai dokumen regulasi maupun dokumen kerja dari program pelaporan insiden keselamatan pasien, diantaranya adalah :

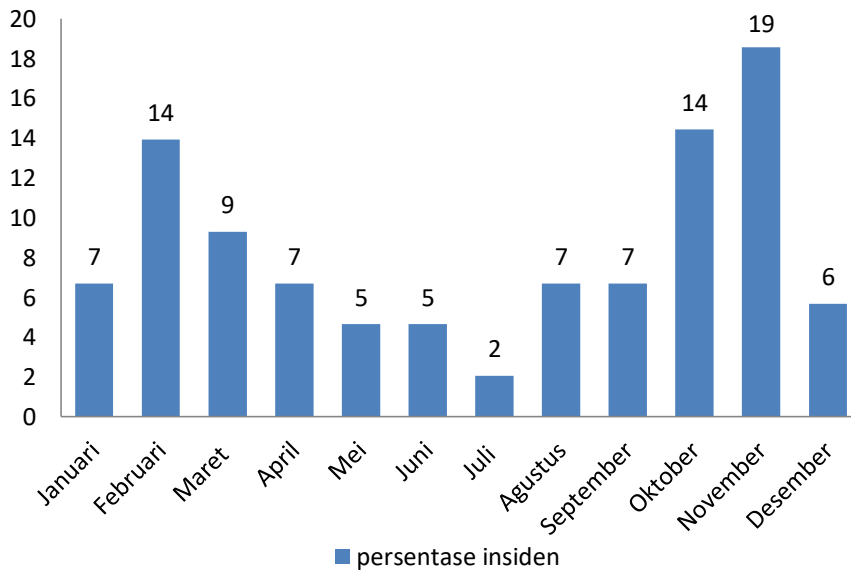
1. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien
2. SPO Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien
3. Form Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien
4. Petunjuk Pengisian Form Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Adapun hasil laporan insiden keselamatan pasien yang masuk kepada Sub Komite Keselamatan Pasien selama tahun 2017 adalah sebanyak 194 laporan. Analisis insiden dilakukan berdasarkan bulan terjadinya, tipe insiden, grading insiden, unit, dan tahapan pelayanan.

Berdasarkan bulan terjadinya insiden yang dilaporkan selama bulan Januari-Desember 2017 dari 194 laporan, insiden paling banyak terjadi pada bulan November yaitu sebanyak 19% (36 insiden) dan paling

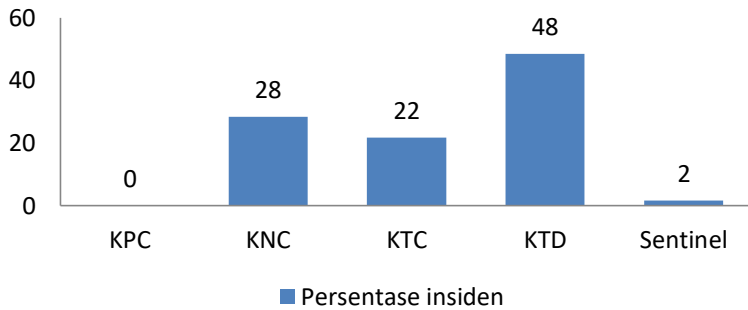
sedikit pada bulan Juli yaitu sebesar 2% (4 insiden)
sebagaimana grafik 4.1 berikut ini:

Grafik 4.1 Persentase laporan bulanan insiden keselamatan pasien



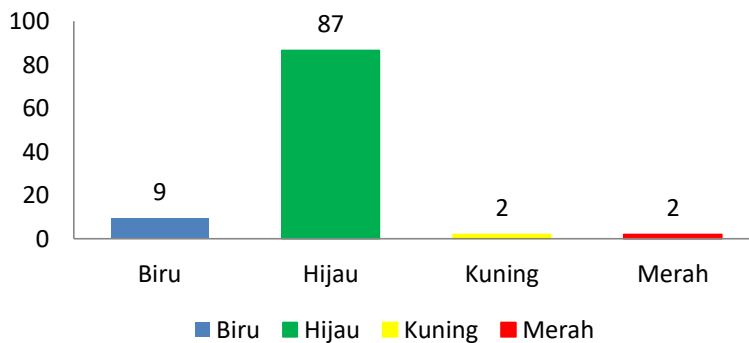
Berdasarkan tipe insiden, jumlah laporan KTD (Kejadian Tidak Diharapkan) paling banyak yaitu sebanyak 48% (94 insiden) dan insiden sentinel menjadi yang paling sedikit yaitu 2% (3 insiden). Sedangkan KPC (Kondisi Potensial Cedera) belum ada laporan yang masuk, seperti terlihat dalam grafik 4.2 berikut ini:

Grafik 4.2 Persentase insiden berdasarkan tipe insiden



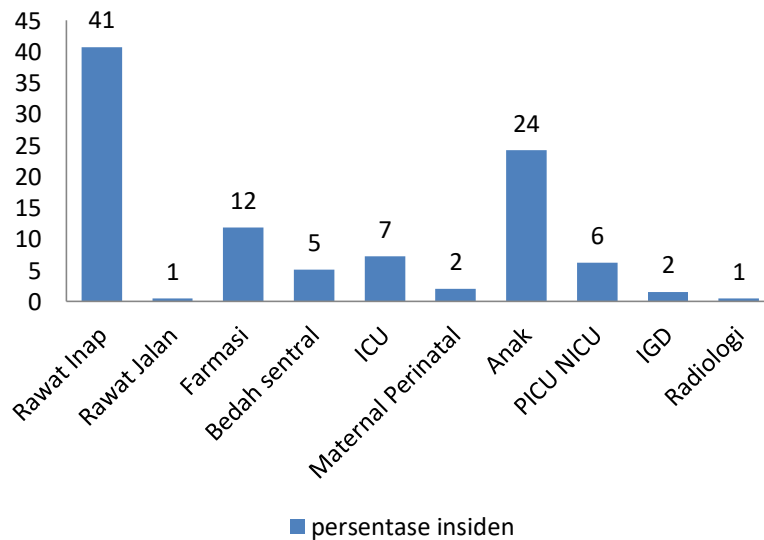
Jika dilihat berdasarkan hasil grading insiden dengan menggunakan *risk grading matrix*, paling banyak insiden memiliki band warna hijau yaitu sebanyak 87% (168 insiden) dan insiden dengan band kuning dan merah menjadi yang paling sedikit yaitu masing-masing sebanyak 2% (4 insiden) seperti terlihat pada grafik 4.3 berikut ini:

Grafik 4.3 Persentase Insiden berdasarkan Band



Laporan insiden telah masuk dari berbagai unit di rumah sakit. Berdasarkan jumlah laporan insiden yang masuk dari tiap unit, rawat inap menjadi unit yang paling banyak melaporkan insiden dibandingkan dengan unit-unit yang lain di rumah sakit yaitu sebanyak 41 % (79 laporan). Sedangkan unit rawat jalan dan radiologi menjadi unit yang paling sedikit melaporkan insiden yaitu hanya sebanyak 1% (1 laporan), sebagaimana terlihat dalam grafik 4.4 di bawah ini:

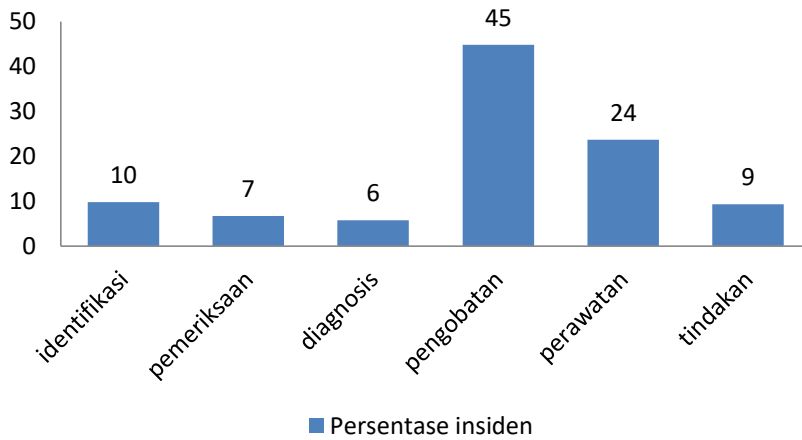
Grafik 4.4 Persentase insiden berdasarkan unit pelapor



Berdasarkan tahapan pelayanan di rumah sakit, insiden paling banyak terjadi pada tahapan pengobatan

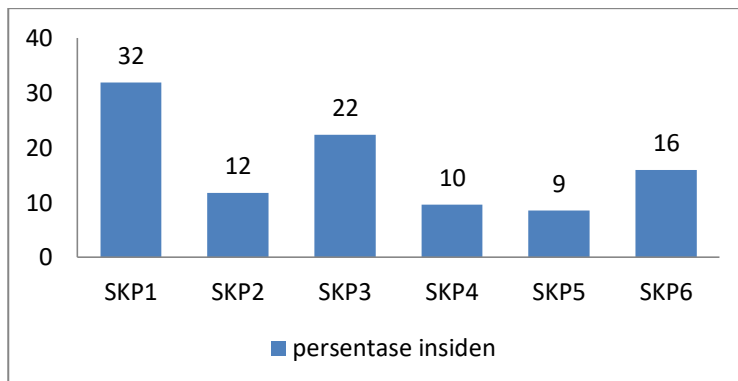
terutama menyangkut terkait 5 benar pelayanan obat. Yaitu benar pasien, benar obat, benar dosis, benar cara/rute pemberian obat dan benar waktu. Insiden ini bisa terjadi mulai dari tahapan persepsan sampai pemberian obat ke pasien yaitu sebanyak 45% (87 insiden). Diantara contoh insiden yang terjadi berdasarkan laporan yang masuk adalah saat persepsan dokter kurang lengkap atau salah dalam menulis resep, di bagian farmasi petugas farmasi salah membaca resep atau mengambil obat dan di keperawatan juga terjadi kesalahan dalam memberikan obat, yang paling sering terjadi adalah kesalahan waktu pemberian obat termasuk pemberian terapi cairan. Hal ini menunjukkan bahwa semua profesi yang terlibat dalam pelayanan obat berpotensi melakukan kesalahan, meskipun pada penelitian ini insiden yang melibatkan perawat dan petugas farmasi lebih banyak dibandingkan dokter. Sedangkan pada tahapan diagnosis terjadi insiden paling sedikit yaitu sebanyak 6% (11 insiden), seperti terlihat pada grafik 4.5 berikut ini:

Grafik 4.5 Persentase insiden berdasarkan tahapan pelayanan



Apabila dikaitkan dengan sasaran keselamatan pasien (SKP) insiden paling banyak terkait dengan SKP1 (Identifikasi pasien) 32%, kemudian SKP2 (Komunikasi efektif) 12%, SKP3 (Obat high alert) 22%, SKP4 (Ketepatan operasi) 10%, SKP5 (Pencegahan infeksi) 9%, SKP6 (Risiko pasien jatuh) 16%.

Grafik 4.6 Persentase insiden berdasarkan SKP



2. Hasil survey budaya keselamatan pasien rumah sakit

Survey budaya keselamatan pasien pada penelitian ini telah dilakukan dengan menggunakan instrumen kuisioner Survei Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit atau *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*. Survei ini untuk melihat sejauh mana upaya-upaya keselamatan pasien telah menjadi budaya kerja di rumah sakit termasuk budaya pelaporan insiden keselamatan pasien.

Survey ini dilakukan secara sampling terhadap dokter, perawat dan tenaga kesehatan lain di RSUD Temanggung dengan jumlah total responden 195 orang. Responden terdiri dari dokter 16 orang (8%), perawat 151 orang (77%) dan tenaga kesehatan lain 28 orang (14%). Seluruh responden dalam pekerjaannya sehari-hari berhubungan langsung dengan pasien. Berdasarkan lama masa kerja di rumah sakit, responden paling banyak memiliki masa kerja 6-10 tahun yaitu sebanyak 60 orang atau sekitar 31% sebagaimana terlihat dalam tabel 4.1 berikut.

Tabel 4.1 Distribusi responden berdasarkan masa kerja

Lama masa kerja	Jumlah responden	Persentase (%)
< 1 tahun	0	0
1-5 tahun	33	17
6-10 tahun	60	31
11-15 tahun	50	26
16-20 tahun	43	22
>21 tahun	9	5

Jika dilihat berdasarkan lama masa kerja di unit sekarang rata-rata responden memiliki masa kerja 1-5 tahun yaitu sebanyak 58 responden (30%) dan dengan masa kerja 6-10 tahun sebanyak 57 responden (29%). Hal ini seperti terlihat pada tabel 4.2 berikut ini.

Tabel 4.2 Distribusi responden berdasarkan lama masa kerja di unit sekarang

Lama masa kerja	Jumlah responden	Persentase (%)
< 1 tahun	17	9
1-5 tahun	58	30
6-10 tahun	57	29
11-15 tahun	37	19
16-20 tahun	24	12
>21 tahun	2	1

Sedangkan berdasarkan jam kerja dalam seminggu, rata-rata responden memiliki jam kerja lebih dari 39 jam yaitu sebesar 139 responden (71%). Sementara tidak ada responden yang memiliki jam kerja seminggu kurang dari 20 jam.

Tabel 4.3 Distribusi responden berdasarkan jam kerja dalam satu minggu

Jam kerja/ minggu	Jumlah responden	Persentase (%)
< 20 jam / minggu	0	0
20-39 jam / minggu	56	29
>39 jam / minggu	139	71

Analisis data dari jawaban responden terhadap kuisisioner survey budaya keselamatan pasien telah dilakukan sesuai panduan analisis yang juga bersumber dari kuisisioner yang digunakan dan disajikan dalam bentuk persentase kehandalan dimensi budaya (Lampiran 6). Hasil analisis data terbagi menjadi 12 area yang menggambarkan budaya keselamatan pasien yang

menjadi variabel dalam penelitian ini. Penilaian tingkat kehandalan budaya masing-masing area/dimensi mengacu pada standar persentase kehandalan yang juga sudah ditentukan dalam kuisisioner ini.

Hasil penilaian budaya keselamatan pasien menunjukkan dari 12 dimensi budaya yang diukur, rata-rata nilai budaya yang terbaik ada pada perawat, kemudian pada tenaga kesehatan lain dan dokter memperoleh hasil penilaian yang terendah. Selain itu pada tabel 4.4 nampak bahwa hanya ada 3 dimensi budaya keselamatan pasien yang sudah melebihi standar yaitu umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan (75%), pembelajaran organisasi dan perbaikan terus menerus (79%), dan *teamwork* dalam unit di rumah sakit (85 %). Sedangkan 9 dimensi budaya lainnya termasuk budaya pelaporan insiden keselamatan pasien masih dibawah standar yang ditentukan.

Tabel 4.4 Hasil survey budaya keselamatan pasien

No	Variabel	Nilai (%)				Standar	Ket.
		Dokter	Perawat	Nakes lain	Mean		
1.	Keterbukaan komunikasi	44%	72%	75%	70%	72%	↓
2.	Umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan	67%	85%	87%	84%	78%	↑
3.	Frekuensi laporan insiden	42%	64%	58%	62%	84%	↓
4.	<i>Hand offs</i> dan pergantian di rumah sakit	45%	73%	68%	70%	80%	↓
5.	Dukungan manajemen terhadap keselamatan pasien	67%	75%	71%	74%	83%	↓
6.	Respon tidak menghukum terhadap kesalahan	54%	67%	68%	66%	79%	↓
7.	Pembelajaran organisasi dan perbaikan terus menerus	79%	78%	88%	79%	76%	↑
8.	Persepsi keselamatan pasien secara umum	61%	66%	79%	67%	74%	↓
9.	Staffing	48%	54%	45%	52%	63%	↓
10.	Ekpektasi dan kegiatan supervisor / manager	69%	71%	82%	72%	75%	↓
11.	<i>Teamwork</i> antar unit rumah sakit	56%	77%	74%	75%	80%	↓
12.	<i>Teamwork</i> dalam unit rumah sakit	95%	84%	84%	85%	83%	↑

Hasil di atas mengandung makna bahwa pelaporan insiden sedikit banyak telah mampu membangkitkan budaya keterbukaan komunikasi dan informasi tentang insiden, mendorong rumah sakit dan unit untuk mampu belajar dari insiden dan melakukan perbaikan secara berkelanjutan, serta meningkatkan kerjasama antar individu dalam satu unit. Namun sejauh ini belum mampu meningkatkan persepsi umum tentang keselamatan pasien, kerja sama antar unit, dukungan manajemen utamanya dalam hal menghilangkan budaya menyalahkan saat terjadi insiden.

3. Hasil wawancara hambatan-hambatan program pelaporan insiden keselamatan pasien

Wawancara mendalam telah dilakukan kepada 18 orang responden yang terdiri dari dokter 4 orang, perawat 10 orang dan tenaga kesehatan lain 4 orang. Wawancara dilakukan menggunakan panduan pertanyaan dari teori perubahan perilaku profesional kesehatan, *Theoretical Domains Framework (TDF)* (Michie dkk. 2005) untuk mengidentifikasi hambatan-

hambatan yang dihadapi petugas dalam pelaporan insiden keselamatan pasien.

Hasil analisis data kualitatif didapatkan ada 30 makna, 15 kategorisasi makna dan 6 makna final sebagaimana tertulis dalam tabel terlampir. Berdasarkan makna final tersebut dapat teridentifikasi beberapa faktor penghambat terhadap budaya pelaporan insiden keselamatan pasien seperti terlihat pada tabel 4.5 berikut ini.

Tabel 4.5 Hambatan-hambatan pelaporan insiden keselamatan pasien

Domain	Hambatan
Pengetahuan tentang insiden keselamatan pasien dan sistem pelaporannya	- Kurangnya pengetahuan tentang insiden keselamatan pasien, pelaporan insiden serta insiden apa yang harus dilaporkan
Keterampilan dalam menangani dan melaporkan insiden keselamatan pasien	- Masih belum paham langkah-langkah menangani insiden - Belum paham tentang prosedur pelaporan insiden
Keyakinan tentang konsekuensi pelaporan insiden	- Masih ada budaya menyalahkan dan menghukum dari pimpinan rumah sakit

Domain	Hambatan
Motivasi dan tujuan pelaporan insiden	- Ada pertentangan dari rekan kerja - Anggapan bahwa kejadiannya kecil, tidak ada dampak ke pasien atau pasien sudah teratasi.
Lingkungan kerja dan sumber daya	- Kurang tersedia cukup waktu - Form laporan habis
Pengaruh sosial	- Pelaporan masih dipersepsikan sebagai pekerjaan perawat. - Kurangnya dukungan pimpinan

1) Pengetahuan tentang insiden keselamatan pasien dan sistem pelaporannya

Pada makna final pengetahuan tentang insiden keselamatan pasien dan sistem pelaporannya ini, responden diberi pertanyaan-pertanyaan tentang insiden keselamatan pasien dan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien. Sebagian responden mampu menjawab dengan baik pertanyaan-pertanyaan yang disampaikan, diantaranya:

“Insiden keselamatan pasien adalah merupakan suatu kejadian yang tidak diinginkan dimana kita bisa melakukan suatu yg seharusnya dilakukan dan tidak melakukan suatu tindakan yang seharusnya dilakukan” (responden 1)

“Setiap kejadian yang berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien” (responden 3)

“Pelaporan insiden yaitu pelaporan harus dilakukan maksimal 2x24 jam oleh orang yang pertama kali menemukannya” (responden 1)

Namun umumnya responden masih bingung menjelaskan mengenai apa saja yang harus dilaporkan terkait insiden keselamatan pasien.

- 2) Keterampilan dalam menangani dan melaporkan insiden keselamatan pasien

Pertanyaan mengenai apa yang dilakukan ketika melakukan atau menemui insiden keselamatan pasien, apakah membuat laporan itu sulit dan jelaskan, digunakan untuk menggambarkan keterampilan responden dalam menangani insiden keselamatan pasien. Sebagian responden menjawab bahwa menulis laporan itu tidak sulit tetapi ketika diminta menjelaskan caranya masih banyak yang belum paham, bahkan responden nomor 16 tidak bisa menjawab. Diantara jawaban yang diberikan responden ketika ditanya apa yang anda lakukan ketika menemukan insiden adalah sebagai berikut:

“saya akan menolong dulu semampu saya kemudian akan sy laporkan ke ruangan” (responden 14)

“saya akan melakukan mencatat kejadian yang terjadi, kronologis, identitas pasien, kejadiannya bagaimana terus yang bekerja dengan saya siapa, lalu dibuat laporan tertulisnya ke kepala ruang” (responden 10)

3) Keyakinan tentang konsekuensi pelaporan insiden

Keyakinan akan pentingnya pelaporan insiden serta konsekuensi yang ditimbulkannya digali dengan pertanyaan apa yang akan terjadi jika melaporkan atau tidak melaporkan insiden keselamatan pasien. Rata-rata responden sepakat bahwa pelaporan insiden itu baik sebagai sarana untuk meningkatkan keselamatan pasien dan menurunkan insiden, meskipun ada konsekuensi biaya yang ditimbulkan untuk perbaikan. Namun ada beberapa responden yang berpandangan bahwa dengan melaporkan insiden juga berpotensi yang bersangkutan akan disalahkan, bahkan dimutasi. Hal ini menunjukkan masih adanya budaya menyalahkan dari pimpinan.

“nek saya lebih ke positifnya, dengan laporan ikp sy malah lebih enak untuk ngomong ke teman-teman sebagai bahan peringatan; ke pasien tentunya pelayanan akan lebih safety, dan ke rumah sakit pelayanan akan lebih baik” (responden 13)

“pengaruh negatifnya dulu ya pak mungkin ada juga rasa takut nanti kalau saya melaporkan saya disalahkan, karena selama ini kalau melaporkan nanti malah jadi yang diuplek-uplek seperti disalahkan gitu pak, bahkan di ruangan lain pernah ada yang dipindah gara-gara itu” (responden 10)

4) Motivasi dan tujuan pelaporan insiden

Ketika dipertanyakan mengenai motivasi kedepan semua responden menyatakan ingin dan akan melaporkan insiden meskipun ada satu responden yang menyatakan ingin melaporkan tetapi tergantung kasusnya. Sebagian responden mendapat pertentangan dari teman kerja dan menghadapi beberapa kendala dan hambatan lainnya. Berikut beberapa pernyataan responden terkait hal ini:

“kadang belum tahu apa saja yang harus dilakukan, selain itu pak kadang-kadang kejadian itu dianggap sepele jadi ngga perlu dilaporkan ngga apa-apa” (responden 9)

“mungkin sibuk ya pak, juga masih bingung kejadian ini perlu dilaporkan apa tidak” (responden 5)

“kadang-kadang merasa tidak perlu dilaporkan kalau kejadiannya tidak berdampak pada pasien” (responden 7)

“waktu, bila kejadian melibatkan unit lain, biasanya karena pasien sudah teratasi dan kejadian tidak berdampak apa-apa pada pasien” (responden 8)

“kadang belum tahu apa saja yang harus dilakukan, selain itu pak kadang-kadang kejadian itu dianggap sepele jadi ngga perlu dilaporkan ngga apa-apa” (responden 9)

“belum jelas tentang alurnya, kadang juga takut dimarahi atau disalahkan belum jelas tentang alurnya, kadang juga takut dimarahi atau disalahkan”(responden 11)

“ada dilema sama yang dilaporkan; kejadiannya hanya sepele”(responden 12)

“yang menghambat sebenarnya ngga ada, kalau kejadian di ruangan kan otomatis langsung ke keperawatan jadi otomatis mereka yang menindaklanjuti, yang lebih paham” (responden 14)

Kesibukan, takut disalahkan serta kurangnya pemahaman tentang alur dan insiden keselamatan pasien menjadi hambatan pelaporan yang muncul dari hasil wawancara mendalam. Selain itu anggapan tidak perlu melaporkan bila kejadiannya tidak berdampak pada pasien atau dianggap masalah kecil dan juga pasien sudah teratasi dengan baik juga menjadi hambatan pelaporan. Kejadian yang menyangkut unit lain juga cenderung tidak dilaporkan. Selain itu anggapan bahwa melaporkan insiden keselamatan pasien adalah tugas perawat juga muncul dari jawaban responden.

5) Lingkungan kerja dan sumber daya

Terkait konteks dan sumber daya lingkungan hasil wawancara menyatakan di seluruh unit sudah tersedia form pelaporan insiden, hanya saja untuk unit-unit

tertentu tempat penyimpanannya tidak diketahui oleh petugas. Selain itu kesibukan pekerjaan juga menjadi faktor penghambat dilaksanakannya pelaporan insiden.

“Jujur saja melaporkan kadang kala harus mencari waktu di sela-sela kesibukan dan disempat-empatke”(responden 1)

“kalau form saya sendiri tidak tahu tempat menyimpannya”(responden 11)

6) Pengaruh sosial

Pengaruh sosial yang muncul dari hasil wawancara mendalam adalah adanya pertentangan dari pimpinan dan rekan kerja ketika akan melaporkan suatu insiden. Ketika responden diberi pertanyaan adakah orang yang tidak menyetujui atau menentang anda untuk menulis laporan insiden?. Responden nomor 16 menjawab *“ada tergantung kasusnya”*. Adanya pertentangan dari rekan kerja dan pimpinan juga dinyatakan oleh responden nomor 1, 5, 6, 11, 12 dan 15. Hal ini menunjukkan masalah pertentangan mengenai pelaporan insiden menjadi hambatan dilaporkannya insiden keselamatan pasien.

B. Pembahasan

1. Pelaporan insiden keselamatan pasien

Pelaporan insiden keselamatan pasien telah menjadi salah satu program keselamatan pasien di rumah sakit tempat penelitian ini dilakukan. Berdasarkan hasil observasi dokumen menunjukkan bahwa di rumah sakit ini telah dibentuk tim yang bertanggungjawab melaksanakan program tersebut yaitu Sub Komite Keselamatan Pasien dibawah Komite Mutu Keselamatan dan Kinerja (KMKK). Berbagai regulasi sebagai dasar implementasi berupa kebijakan, pedoman, panduan, prosedur serta form juga telah dibuat dan disosialisasikan kepada seluruh karyawan rumah sakit.

Hal ini sudah sesuai dengan apa yang diamanahkan dalam Permenkes no 11 tahun 2017, dimana dalam pasal 15 disebutkan bahwa setiap fasilitas kesehatan termasuk rumah sakit harus melakukan penanganan insiden keselamatan pasien seperti KPC, KNC, KTC, KTD maupun sentinel yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan keselamatan

pasien. Di pasal yang lain yaitu pasal 16 juga disebutkan bahwa penanganan insiden ini dilakukan melalui pembentukan tim keselamatan pasien sebagai pelaksana, yang ditetapkan oleh pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan. Sedangkan pasal 17 menyebutkan salah satu tugas dari tim keselamatan pasien tersebut adalah menyusun kebijakan dan pengaturan di bidang keselamatan pasien untuk kemudian ditetapkan oleh pimpinan fasilitas kesehatan.

Jika melihat hasil analisis laporan insiden yang masuk ke Sub Komite Keselamatan Pasien seperti terlihat pada grafik 4.1, jumlah laporan yang masuk tiap bulannya masih fluktuatif dan memiliki kecenderungan pola meningkat di bulan-bulan awal tahun dan akhir tahun. Sedangkan di pertengahan tahun laporan cenderung menurun. Hal ini dimungkinkan karena pada bulan-bulan tersebut yaitu awal tahun atau akhir tahun adalah bulan-bulan pelaksanaan sosialisasi keselamatan pasien, dimana pada akhir tahun rumah sakit sedang mempersiapkan survey akreditasi.

Dilihat berdasarkan tipe kejadian, Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) menjadi paling banyak terjadi dan dilaporkan yaitu sebanyak 48% (grafik 4.2). Hal ini menunjukkan banyaknya kesalahan-kesalahan dalam pelayanan yang sudah terjadi dan terpapar kepada pasien.

Namun demikian jika melihat band insiden yang paling banyak adalah band hijau sebesar 87% (grafik 4.3), artinya dampak yang ditimbulkan tidak terlalu serius. Berdasarkan *risk grading matrix* band hijau berarti insiden tersebut menyebabkan cedera ringan atau bahkan tidak menimbulkan cedera pada pasien. Hal ini cukup diselesaikan melalui investigasi sederhana oleh kepala unit. Meskipun demikian melihat banyaknya insiden yang terjadi membuat hal ini menjadi masalah penting yang mestinya harus diperhatikan oleh manajemen rumah sakit. Temuan ini juga sejalan dengan hasil studi tentang insiden keselamatan pasien di Denmark terhadap 176 insiden, bahwa sebagian besar dampak yang ditimbulkan pada pasien adalah cedera

ringan dan hanya sekitar 9% yang mengakibatkan kecacatan permanen atau kematian (Schioler, dkk. 2001).

Seluruh laporan insiden yang masuk masih didominasi oleh unit-unit keperawatan diantaranya adalah rawat inap, bedah central, ruang anak, ICU PICU NICU, IGD dan rawat jalan, sedangkan unit penunjang hanya dari farmasi dan radiologi. Hal ini sejalan dengan hasil survey budaya dimana dalam hal frekuensi laporan insiden perawat memiliki nilai paling tinggi yaitu 64% dibanding dokter 42% dan tenaga kesehatan lain 58%, meskipun ketiganya masih jauh dibawah nilai standar kehandalan budaya pelaporan yaitu sebesar 84%.

Berdasarkan tahapan layanan, laporan insiden paling banyak terjadi pada proses pengobatan atau kesalahan pemberian obat (*medication error*) yaitu sebesar 45%. Sedangkan insiden saat perawatan sebanyak 24%, dan sisanya terkait identifikasi, pemeriksaan, diagnosis dan tindakan (grafik 4.5). Hasil ini menunjukkan bahwa proses layanan pemberian obat di

rumah sakit menjadi proses yang paling berisiko terjadi kesalahan. Dan ini sejalan dengan apa yang disebutkan oleh Mirabaha, dkk. (2015) bahwa insiden terkait kesalahan pengobatan menjadi penyebab utama kecacatan dan kematian pasien dan menjadi masalah yang signifikan dalam keselamatan pasien. Bahkan di Amerika *medication error* diperkirakan menjadi penyebab kematian ke enam atau bahkan ke empat terbanyak diantara penyebab-penyebab yang lainnya (Mirbaha dkk. 2015).

2. Budaya dan hambatan pelaporan insiden keselamatan pasien

Hasil survey budaya keselamatan pasien pada penelitian ini membagi budaya dalam 12 dimensi budaya (tabel 4.4). Survey dilakukan terhadap 195 sampel petugas rumah sakit khususnya perawat, dokter dan tenaga kesehatan lainnya. Rata-rata sampel telah bekerja di rumah Sakit antara 6-20 tahun dan bekerja lebih dari 39 jam per minggu. Hasilnya menunjukkan bahwa secara umum dari 12 dimensi budaya keselamatan pasien hanya

ada 3 dimensi yang sudah bagus melebihi standar kehandalan budaya yaitu dimensi umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan, pembelajaran organisasi dan perbaikan terus menerus dan *timwork* dalam unit rumah sakit. Sedangkan 9 dimensi yang lain masih dibawah standar termasuk dimensi frekuensi pelaporan insiden yang terkait langsung dengan penelitian ini.

Berdasarkan hasil tersebut menunjukkan bahwa program pelaporan insiden meskipun pelaksanaannya belum maksimal, namun telah memberikan dampak positif terhadap budaya umpan balik dan komunikasi tentang kesalahan, pembelajaran organisasi dan perbaikan terus menerus dan *timwork* dalam unit rumah sakit. Artinya bahwa rumah sakit telah mampu belajar dari insiden untuk menemukan akar masalah dan melakukan perbaikan-perbaikan guna mencegah terulangnya insiden keselamatan pasien.

Namun demikian hasil survey budaya ini menunjukkan budaya pelaporan insiden masih dibawah standar dan ini mengandung makna bahwa masih ada

insiden keselamatan pasien yang belum dicatat dan dilaporkan. Hal ini terkonfirmasi dari hasil wawancara mendalam terhadap 18 responden yang terdiri dari 4 dokter, 10 perawat dan 4 tenaga kesehatan lainnya. Dimana semua responden sepakat bahwa belum semua insiden keselamatan pasien di rumah sakit dilaporkan. Terutama adalah untuk kejadian-kejadian yang sudah teratasi masalahnya maupun kejadian-kejadian yang dianggap hal kecil dan tidak menimbulkan cedera pada pasien.

Hasil ini tidak berbeda dengan apa yang ditulis oleh Gong (2015), bahwa hasil studi tentang perilaku pelaporan insiden menemukan bahwa rendahnya pelaporan menjadi masalah utama dalam pelaporan insiden. Yaitu diperkirakan ada sekitar 57%-59% insiden setiap tahun yang tidak dilaporkan. Utamanya adalah insiden-insiden yang telah diperbaiki masalahnya atau yang tidak menimbulkan dampak serius pada pasien.

Melalui wawancara mendalam, penelitian ini juga berhasil mengidentifikasi beberapa hal yang

menjadi faktor penghambat pelaporan insiden keselamatan pasien seperti yang terlihat pada tabel 4.5. Kurangnya pemahaman tentang pelaporan insiden serta adanya budaya menyalahkan masih menjadi faktor penghambat pelaporan yang ditemukan dalam penelitian ini. Hal ini sejalan dengan apa yang disampaikan oleh Mahajan (2010) bahwa diantara yang menghambat pelaporan insiden keselamatan pasien adalah adanya tindakan hukuman, rendahnya budaya keselamatan, kurangnya pemahaman dan kesadaran. Selain itu budaya lebih menyalahkan orang terhadap insiden keselamatan pasien dan mengabaikan upaya identifikasi akar masalah pada area atau sistem yang perlu diperbaiki tidak akan menghasilkan perbaikan terhadap keselamatan pasien. Hal ini justru dapat menimbulkan keengganan petugas untuk melaporkan insiden keselamatan pasien (Cooper dkk. 2017).

Munculnya alasan kesibukan, sehingga tidak melakukan pelaporan juga terkonfirmasi oleh Gong dkk. (2015). Dalam tulisanya Gong dkk. menyebutkan bahwa

sistem *e-reporting* insiden keselamatan pasien juga mengalami masalah terhadap rendahnya jumlah laporan dan kualitas laporan terutama disebabkan karena kurangnya pemahaman petugas terhadap penggunaan *e-reporting*, klasifikasi laporan dan kesibukan kerja.

Hal lain yang juga menarik untuk dilihat adalah adanya budaya menyalahkan merupakan salah satu bentuk rendahnya dukungan manajemen dan *teamwork* antar unit terhadap pelaporan insiden keselamatan pasien. Ini terbukti dari hasil survey budaya keselamatan pasien yang menunjukkan bahwa dimensi budaya berupa dukungan manajemen dan *teamwork* antar unit masih dibawah standar yaitu masing-masing hanya sebesar 74% dan 75%. Hal ini sejalan dengan apa yang ditemukan oleh Mirabaha (2015) dalam penelitiannya bahwa diantar yang menghambat pelaporan insiden keselamatan pasien adalah karena takut hukuman dan kritik, kurangnya kerjasama tim dan kurangnya dukungan aktif dari manajemen dan rekan kerja.

Kesesuaian antara hasil survey budaya keselamatan pasien dengan hambatan pelaporan pelaporan insiden juga dapat dilihat pada dimensi budaya *staffing* yang rendah (52%) membuat kesibukan dan beban kerja petugas menjadi tinggi yang akhirnya membuat petugas tidak memiliki cukup waktu untuk menulis laporan.