

Karya Tulis Ilmiah

**DESKRIPSI ANGKA KEJADIAN DAN EVALUASI
SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN
DI RS PKU MUHAMMADIYAH GAMPING YOGYAKARTA**

Diajukan untuk Memenuhi Sebagian Syarat Memperoleh
Derajat Sarjana Kedokteran pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta



Disusun oleh

NABILLA DESI FITRIANI

20210310088

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

2024

HALAMAN PENGESAHAN KTI

DESKRIPSI ANGKA KEJADIAN DAN EVALUASI SISTEM
PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DI RS PKU
MUHAMMADIYAH GAMPING YOGYAKARTA

Disusun oleh:
NABILLA DESI FITRIANI

20210310088

Telah disetujui dan diseminarkan pada tanggal
24 Desember 2024

Dosen Pembimbing:



Dr. dr. Ekorini Listiowati, MMR
NIK: 19700131200104 173 049

Dosen Penguji



dr. Oryzati Hilman, MSc.CMFM.,
PhD., Sp.DLP., Sp.KKLP
NIK: 197001312001041173049

Mengetahui

Kaprodi Pendidikan Dokter FKIK
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta



dr. Nur Hayati, M.Med.Ed., Sp.Rad
NIK: 19730622200204173059

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Puji syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT yang senantiasa memberikan rahmat, nikmat, dan karunianya-Nya, serta shalawat dan salam penulis haturkan kepada Nabi Muhammad SAW, sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Deskripsi Angka Kejadian dan Evaluasi Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta”.

Dalam menulis Karya Tulis Ilmiah ini, penulis sangat terbantu oleh dukungan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih dengan penuh rasa hormat kepada:

1. Allah SWT, yang telah memberikan kemudahan dan kelancaran dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini sehingga dapat terselesaikan dengan baik.
2. Dr. dr. Sri Sundari, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
3. dr. Nur Hayati, Sp.Rad., M.Med.Ed, selaku Kepala Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
4. Dr. dr. Ekorini Listiowati, MMR., selaku dosen pembimbing yang telah memberikan saran, masukan, arahan, hingga dukungan yang sangat membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, tanpa beliau peneliti belum tentu dapat menyelesaikan proses ini dengan baik.

5. dr. Oryzati Hilman, MSc.CMFM., Ph.D., Sp.DLP., Sp.KKLP., selaku dosen penguji yang telah memberikan saran dan masukan bermanfaat untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
6. Kedua orang tua saya, Bapak Sagino dan Ibu Tri Adi Soelistyaningsih yang telah memberikan doa, dukungan, dan dorongan terbaik untuk peneliti.
7. Kakak saya, Ghina Wardah Hania Putri yang telah memberikan doa dan dukungan terbaik kepada peneliti.
8. Alessa, A'ida, Angel, Azka, Ima, dan Kania yang telah memberikan dukungan emosional dan menemani di saat suka dan duka dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu atas bantuan yang telah diberikan dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa penulisan dan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini tidak sempurna, oleh karena itu, seluruh saran, kritik, dan masukan akan sangat bermanfaat bagi penulis untuk memperbaiki penulisan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga melalui Karya Tulis Ilmiah ini, manfaat dan wawasan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan maupun pendidikan kedokteran dapat bertambah.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Yogyakarta, 24 Desember 2024



Nabilla Desi Fitriani

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Nabilla Desi Fitriani
NIM : 20210310088
Program Studi : Kedokteran
Fakultas : Kedokteran dan Ilmu Kesehatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan belum diajukan dalam bentuk apapun kepada perguruan tinggi manapun. Sumber informasi yang berasal atau dikutip dari karya yang diterbitkan maupun tidak diterbitkan dari penulis lain telah disebutkan dalam teks dan dicantumkan dalam Daftar Pustaka di bagian akhir Karya Tulis Ilmiah ini.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah hasil saya ini merupakan hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Yogyakarta, 24 Desember 2024

Yang membuat pernyataan

The image shows an official stamp from the Indonesian Ministry of Education, Culture, and Higher Education (Kemendikbud). The stamp includes the Garuda Pancasila emblem, the text 'KEMENDIKBUD', 'REPUBLIC OF INDONESIA', and '8AAMX109388880'. A handwritten signature in black ink is written over the stamp.

Nabilla Desi Fitriani

DAFTAR ISI

Karya Tulis Ilmiah	i
HALAMAN PENGESAHAN KTI	ii
KATA PENGANTAR	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
DAFTAR SINGKATAN	xi
INTISARI	xiii
ABSTRACT	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	6
C. Tujuan Penelitian	7
1. Tujuan Umum	7
2. Tujuan Khusus	7
D. Manfaat Penelitian	7
1. Manfaat Teoritis	7
2. Manfaat Praktis	7
E. Keaslian Penelitian	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11
A. Tinjauan Pustaka	11
1. Keselamatan Pasien	11
2. Insiden Keselamatan Pasien (IKP)	22
3. Sistem Pelaporan	24
4. Evaluasi Sistem	29
B. Kerangka Teori	41
BAB III METODE PENELITIAN	42
A. Desain Penelitian	42

B. Lokasi dan Waktu Penelitian	43
C. Informan.....	44
D. Instrumen Penelitian.....	44
E. Jalannya Penelitian.....	45
F. Pengumpulan Data	46
G. Analisis Data	48
H. Validitas dan Reliabilitas (<i>Trustworthiness</i>).....	53
I. Etik Penelitian	56
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	58
A. Hasil Penelitian	58
B. Analisis Data	61
1. Angka Insiden Keselamatan Pasien.....	61
2. Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien	62
C. Pembahasan.....	114
1. Pelatihan dan Pengembangan	121
2. Manajemen dan Kebijakan	125
3. Proses Pelaporan dan Tindak Lanjut	128
4. Sumber Daya dan Insentif	142
5. Tantangan dan Kesulitan	151
D. Keterbatasan dan Kendala Penelitian.....	179
1. Keterbatasan Penelitian	179
2. Kendala Penelitian.....	179
BAB V KESIMPULAN	181
A. Kesimpulan	181
B. Saran.....	181
DAFTAR PUSTAKA	183
LAMPIRAN.....	195

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Keaslian Penelitian.....	9
Tabel 2. Waktu Penelitian	43
Tabel 3. Karakteristik Informan	60
Tabel 4. Trend Insiden Keselamatan Pasien 2022	61
Tabel 5. Trend Insiden Keselamatan Pasien 2023	61
Tabel 6. Trend Insiden Keselamatan Pasien 2022-2023	61
Tabel 7. Analisis Kode, Kategori, dan Tema	62
Tabel 8. Kode dan Kutipan Kategori 1.1	66
Tabel 9. Kode dan Kutipan Kategori 1.2	67
Tabel 10. Kode dan Kutipan Kategori 2.1	68
Tabel 11. Kode dan Kutipan Kategori 2.2	69
Tabel 12. Kode dan Kutipan Kategori 2.3	70
Tabel 13. Kode dan Kutipan Kategori 3.1	72
Tabel 14. Kode dan Kutipan Kategori 3.2	76
Tabel 15. Kode dan Kutipan Kategori 3.3	79
Tabel 16. Kode dan Kutipan Kategori 3.4	85
Tabel 17. Kode dan Kutipan Kategori 3.5	87
Tabel 18. Kode dan Kutipan Kategori 4.1	92
Tabel 19. Kode dan Kutipan Kategori 4.2	94
Tabel 20. Kode dan Kutipan Kategori 4.3	98
Tabel 21. Kode dan Kutipan Kategori 4.4	99
Tabel 22. Kode dan Kutipan Kategori 5.1	100
Tabel 23. Kode dan Kutipan Kategori 5.2	108
Tabel 24. Kode dan Kutipan Kategori 5.3	111

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Grafik Laporan KNKP Tahun 2020	3
Gambar 2. <i>HOT Fit Model Framework</i>	31
Gambar 3. <i>Basic Task-Technology Fit Model</i>	32
Gambar 4. <i>HIS component based on HMN standards and framework</i>	34
Gambar 5. Model Analisis Miles dan Huberman (1994).....	48
Gambar 6. Grafik <i>Trend</i> Insiden Keselamatan Pasien 2022-2023.....	62
Gambar 7. Pelatihan dan Pengembangan.....	66
Gambar 8. Manajemen dan Kebijakan.....	68
Gambar 9. Proses Pelaporan dan Tindak Lanjut.....	71
Gambar 10. Sumber Daya dan Insentif.....	91

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Panduan Wawancara Mendalam	196
Lampiran 2. Panduan FGD	198
Lampiran 3. Surat Layak Etik Penelitian	200
Lampiran 4. Surat Uji Similaritas	201

DAFTAR SINGKATAN

AHRQ	: <i>The Agency for Healthcare Research and Quality</i>
Diklat	: Pendidikan dan pelatihan
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
FKIK	: Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
FMEA	: <i>Failure Modes and Effect Analysis</i>
HIS	: <i>Health Information System</i>
HMN	: <i>Health Metrics Network</i>
HOT	: <i>Human Organization Technology</i>
IKP	: Insiden Keselamatan Pasien
IOM	: <i>Institute of Medicine</i>
JCI	: <i>Joint Commission International</i>
Kemendes RI	: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
KKP-RS	: Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit
KNKP	: Komite Nasional Keselamatan Pasien
KNC	: Kejadian Nyaris Cedera
KP	: Keselamatan Pasien
KPC	: Kondisi Potensial Cedera
KTC	: Kejadian Tidak Cedera
KTD	: Kejadian Tidak Diharapkan
MUHC	: <i>University of Missouri Health Care</i>
OMS	: <i>Oral Maxillary Surgeon</i>
PDCA	: <i>Plan, Do, Check, Action</i>
PDSA	: <i>Plan, Do, Study, Action</i>
Permenkes RI	: Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia
PIC	: <i>Person in Charge</i>
PKU	: Pembinaan Kesejahteraan Umat
PMKP	: Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien

RCA	: <i>Root Cause Analysis</i>
RS	: Rumah Sakit
SDM	: Sumber Daya Manusia
SK	: Surat Keputusan
SKP	: Sasaran Keselamatan Pasien
TTF	: <i>Task Technology Fit</i>
UMY	: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
WHO	: <i>World Health Organization</i>

Deskripsi Angka Insiden dan Evaluasi Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di RS PKU Muhammadiyah Gamping

Nabilla Desi Fitriani¹, Ekorini Listiowati²

¹Mahasiswa Prodi Kedokteran UMY, ²Dosen Prodi Kedokteran UMY

INTISARI

Latar Belakang: Sistem kesehatan di seluruh dunia telah mengakui keselamatan pasien sebagai prioritas utama. Pelaporan dan analisis insiden sebagai salah satu aspek dalam keselamatan pasien memiliki peran penting untuk menurunkan angka insiden keselamatan pasien (IKP) melalui pembelajaran dari insiden. Dari 91 rumah sakit yang ada Yogyakarta, hanya 10 diantaranya yang melaporkan IKP ke Tim KKP-RS Nasional pada 2019. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi sistem pelaporan IKP sekaligus mendeskripsikan angka IKP di RS PKU Muhammadiyah Gamping dalam dua tahun terakhir.

Metode: Desain penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif (deskriptif kualitatif) dipilih dengan pengumpulan data melalui wawancara mendalam, *focus group discussion* (FGD), dan studi dokumen. Dengan teknik *purposive sampling*, 12 informan yang merupakan supervisor unit atau perwakilannya dilibatkan dalam FGD, sementara 2 informan lainnya yang merupakan Ketua dan Sekretaris Komite Mutu diwawancara mendalam secara terpisah. Analisis data penelitian ini menggunakan *thematic analysis* dengan model Miles dan Huberman (1994).

Hasil: Dari hasil laporan insiden di RS PKU Muhammadiyah Gamping pada tahun 2022 – 2023 didapatkan peningkatan KNC dari 2 menjadi 11 insiden atau sebesar 450%, KTC meningkat dari 14 menjadi 16 insiden atau sebesar 14,3%, sedangkan KTD menurun 50% atau dari 6 menjadi 3 insiden. Sistem pelaporan IKP di RS PKU Muhammadiyah Gamping telah berjalan sesuai ketentuan KKP-RS Nasional, namun beberapa kendala dalam pelaksanaannya masih ditemui termasuk aspek pelaporan dan tindak lanjut, sumber daya manusia, manajemen, serta alat dan teknologi.

Kesimpulan: Dari laporan insiden keselamatan pasien (IKP) selama periode 2022 – 2023 didapatkan peningkatan KNC dan KTC, serta penurunan KTD. Pelaksanaan sistem pelaporan IKP di RS PKU Muhammadiyah Gamping sudah sesuai dengan ketentuan KKP-RS Nasional, namun beberapa kendala dan hambatan masih ditemukan pada aspek pelaporan dan tindak lanjut, sumber daya manusia, manajemen, serta alat dan teknologi.

Kata Kunci: insiden, evaluasi, keselamatan pasien, deskripsi, pelaporan

Description of Incident Numbers and Evaluation of Patient Safety Incident Reporting System at RS PKU Muhammadiyah Gamping

Nabilla Desi Fitriani¹, Ekorini Listiowati²

¹Student in School of Medicine, Muhammadiyah Yogyakarta University, ²Lecturer in School of Medicine, Muhammadiyah Yogyakarta University

ABSTRACT

Background: *Global health system have acknowledged patient safety as a major priority. Incident reporting and analysis, one component of patient safety, plays an important role in reducing the number of patient safety incidents (PSI) through learning from incidents. Of the 91 hospitals in Yogyakarta, only 10 have reported PSI to the National KKP-RS in 2019. Therefore, the purpose of this study is to evaluate PSI reporting system and describe PSI rate at PKU Muhammadiyah Gamping Hospital in the last two years.*

Method: *Through focus group discussion (FGD), in-depth interviews, and document study, this study employs a qualitative research design with a descriptive approach. With a purposive sampling technique, 12 informants who are supervisor units were involved in the FGD, while 2 other informants who are Chairperson and Secretary of the Quality Committee were in-depth interviewed separately. The data analysis method used in this study was thematic analysis from Miles and Huberman model (1994).*

Results: *Based on incident reports recapitulation at PKU Muhammadiyah Gamping Hospital in 2022 until 2023, KNC increased from 2 incidents in 2022 to 11 incidents in 2023 or 450%, KTC increased by 14.3% or from 14 to 16 incidents, while KTD decreased by 50% or from 6 to 3 incidents. PKU Muhammadiyah Gamping Hospital has been running a patient safety incident (PSI) reporting system following the provisions of the National KKP-RS, but several challenges are still encountered including report and follow-up, human resources, management, tools and technology.*

Conclusions: *In 2022 until 2023, KNC and KTC was found increased, while KTD decreased at PKU Muhammadiyah Gamping. Although PKU Muhammadiyah Gamping Hospital has implemented the IKP reporting system in compliance with the National KKP-RS, numerous problems and obstacles still exist in the areas of management, tools and technology, human resources, and reporting and follow-up.*

Keywords: *incident, evaluation, patient safety, description, reporting*

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Chairman of World Alliance for Patient Safety WHO, Sir Liam Donaldson pada Mei 2007 menyatakan bahwa sistem kesehatan di seluruh dunia telah mengakui keselamatan pasien sebagai prioritas (KKP-RS Nasional, 2015). Keselamatan pasien (*patient safety*) merupakan suatu sistem di rumah sakit yang membuat asuhan pasien menjadi lebih aman (Permenkes RI No 11, 2017). Aspek di dalam sistem tersebut meliputi: penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dan menindaklanjuti insiden, serta penerapan solusi untuk meminimalisir risiko, sehingga cedera akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil dapat dicegah (Permenkes RI No 11, 2017).

Melaporkan insiden keselamatan pasien (IKP) bertujuan untuk menurunkan angka kejadian tidak diharapkan (KKP-RS Nasional, 2015). Kejadian tidak diharapkan (KTD), Kondisi Potensial Cedera (KPC), kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian tidak cedera (KTC), dan sentinel merupakan jenis insiden keselamatan pasien (IKP) yaitu setiap kejadian tidak disengaja yang telah mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera pada pasien yang dapat dicegah (Permenkes RI No 11, 2017).

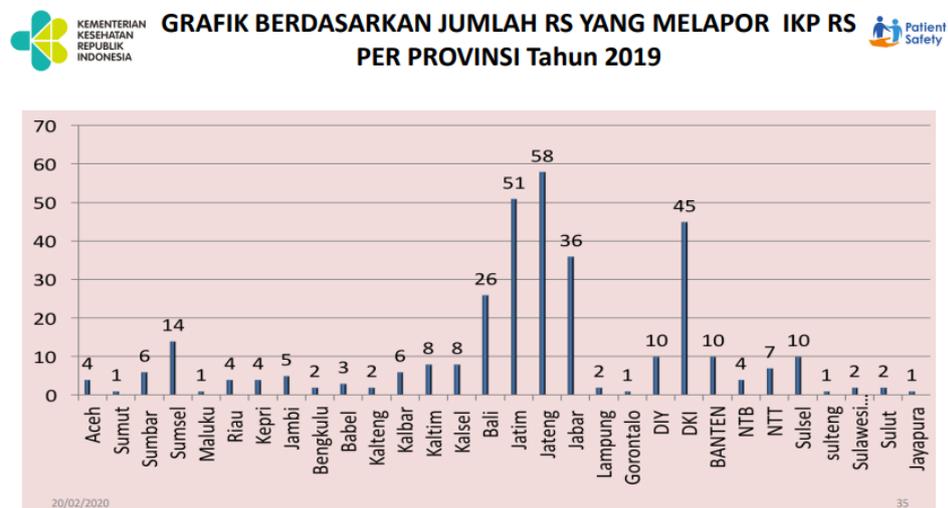
Pada tahun 2020, *Institute of Medicine* (IOM) melaporkan 98.000 kesalahan medis yang mengakibatkan kematian dan dapat dicegah terjadi di Amerika Serikat (Toyo et al., 2022). Penelitian (Pham et al., 2016) melaporkan 52 IKP terjadi di 11 rumah sakit dari 5 negara, 31% diantaranya terjadi di Hongkong, 25% di Australia, 23% di India, 12% di Amerika, dan 10% di Kanada. Dari 52 insiden yang diselidiki, kejadian jatuh (25%) merupakan kasus tersering dan bangsal medis merupakan lokasi terbanyak (Pham et al., 2016). Sebesar 7,6% kejadian di rumah sakit yang merugikan juga terjadi di Brazil (da Costa et al., 2017).

Di Indonesia, pada periode 2006 – 2012 Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) melaporkan 249 kasus KTD dan 283 kasus KNC. Sedangkan temuan insiden berdasarkan unit penyebabnya; 207 laporan ditemukan di unit keperawatan, 80 laporan di unit farmasi, 42 laporan di laboratorium, 33 laporan di unit pelayanan dokter, dan 25 laporan di bagian sarana prasarana (Buhari et al., 2018). Dari laporan KKP-RS sebanyak 14,4% KTD dan 18,53% KNC pada tahun 2011, 9,26% diantaranya disebabkan oleh proses atau prosedur klinik, 9,26% oleh karena medikasi, dan 5,15% merupakan kejadian jatuh (Najihah, 2018).

Lebih lanjut sebanyak 7.465 kasus IKP di Indonesia tercatat pada 2019 dengan 171 di antaranya adalah kematian, 80 cedera berat, 372 cedera sedang, 1183 cedera ringan, dan 5659 tidak ada cedera. Dari 2.877 rumah sakit di Indonesia yang telah terakreditasi, hanya didapatkan pelaporan kasus IKP eksternal sebesar 12% (7.465 laporan) yang terdiri

dari 38% KNC, 31% KTD, dan 31% KTC (Toyo et al., 2022). Artinya, tingkat pelaporan IKP oleh rumah sakit di Indonesia kepada Tim KKP-RS Nasional masih rendah, salah satunya Yogyakarta. Dari 91 rumah sakit di Yogyakarta, hanya 10 rumah sakit yang melaporkan IKP ke Tim KKP-RS Nasional di tahun 2019. Data tersebut merupakan hasil laporan Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP) yang dirilis di tahun 2020 berikut.

Gambar 1. Grafik Laporan KNKP Tahun 2020 (Daud, 2020)



Pelaporan insiden eksternal ke KKPRS sangat berguna dalam membangun budaya pelaporan insiden di rumah sakit untuk selanjutnya insiden tersebut dapat dianalisis dan ditindaklanjuti, sehingga, analisa penyebab, rekomendasi, dan solusi dapat dihasilkan, diimplementasikan, dan dijadikan pembelajaran (KKP-RS Nasional, 2015). Dengan demikian, kerugian yang dapat terjadi dari kejadian IKP di rumah sakit dapat diminimalisir bahkan nol.

Kerugian yang dapat ditimbulkan dari terjadinya IKP di RS sangat besar dan bervariasi, baik bagi rumah sakit, profesi yang terlibat, maupun pasien yang terdampak. Kerugian sebesar \$500.000 dan \$1.000.000 yang diasuransikan kepada *oral maxillary surgeon* (OMS) akibat tuntutan malpraktek dari pasien yang mengalami KTD berupa kelumpuhan pasca operasi dialami salah satu rumah sakit di Amerika Serikat (Swift, 2017). Penelitian yang dilakukan (Scott et al., 2010) di *University of Missouri Health Care* (MUHC), Columbia, Amerika Serikat menemukan sekitar 269 tenaga kesehatan mengalami depresi maupun *anxiety* (kecemasan) selama 12 bulan terakhir pasca terlibat dalam kejadian IKP, dan 15% di antaranya (40 tenaga kesehatan) mempertimbangkan ingin meninggalkan profesinya (Van Gerven et al., 2016).

Dari sisi pasien, kerugian dapat terjadi apabila faktor risiko terjadinya pengulangan kejadian IKP yang sama tidak dicegah, sehingga mereka menjadi dapat mengalami apa yang seharusnya tidak mereka alami. Berdasarkan rekapitulasi IKP oleh Komite Mutu di RS PKU Muhammadiyah Gamping, pengulangan IKP yang sama yaitu pasien jatuh terjadi pada 2019 sebanyak 6 pasien, 7 pasien di 2020, dan 8 pasien di 2021, 7 pasien di 2022, dan 5 pasien di 2023. Pengulangan kejadian IKP yang sama tersebut jelas merugikan bagi pasien, oleh karenanya mencegah kesalahan berulang dengan mengidentifikasi resiko yang terjadi melalui pengembangan sistem pelaporan dan sistem analisis IKP diperlukan (KKP-RS Nasional, 2015).

Evaluasi sistem pelaporan IKP di suatu RS Swasta di Lampung yang dilakukan oleh (Merici Tiovita et al., 2022) menemukan bahwa Kepala Unit belum memahami jenis-jenis insiden. Sejalan dengan penelitian tersebut, analisis pelaporan IKP di RSI Jemursari Surabaya yang dilakukan (Sa'adah Nashifah & Aan Adriansyah, 2021) menunjukkan hasil bahwa belum optimalnya pelaksanaan pelaporan IKP disebabkan oleh beberapa permasalahan dalam proses pelaporan seperti pengisian jenis insiden dan *grading* risiko saat pelaporan yang masih salah.

Ketidakhahaman petugas kesehatan dalam penggolongan jenis insiden dan *grading* risiko dapat berdampak pada kesalahan menentukan jenis investigasi dan analisa yang harus dilakukan oleh atasan langsung, dalam hal ini kepala ruang atau kepala unit tempat kejadian IKP. Apabila investigasi dan analisis yang dilakukan sebelumnya sudah tidak tepat maka tahap tindak lanjut berikutnya dalam alur pelaporan IKP yaitu RCA atau *root cause analysis* (analisis akar penyebab) juga menjadi keliru (KKP-RS Nasional, 2015).

Hasil analisis RCA berupa rekomendasi untuk perbaikan dan pembelajaran dalam bentuk petunjuk (*safety alert*) akan berguna untuk mencegah pengulangan kejadian yang sama (KKP-RS Nasional, 2015). Oleh karena itu, apabila RCA yang dibuat tidak tepat maka rekomendasi untuk perbaikan serta pembelajaran bagi rumah sakit bisa jadi tidak terbentuk bahkan tidak tercapai yang pada akhirnya berbuntut pada pengulangan kejadian IKP yang sama.

Allah SWT berfirman di dalam QS. Al-Baqarah ayat 195:

وَأَنْفِقُوا فِي سَبِيلِ اللَّهِ وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ وَأَحْسِنُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ

“Dan infakkanlah (hartamu) di jalan Allah, dan janganlah kamu jatuhkan (diri sendiri) ke dalam kebinasaan dengan tangan sendiri, dan berbuat baiklah, sungguh Allah menyukai orang-orang yang berbuat baik.” (Kementerian Agama RI, 2023). Melalui ayat ini Allah mengingatkan umat-Nya (manusia) untuk jangan menjerumuskan dirinya kepada hal-hal yang menyebabkan kebinasaan melainkan rencanakanlah sebab-sebab keselamatan. Sebab-sebab keselamatan dapat direncanakan salah satunya dengan melakukan evaluasi pada sistem yang sedang dan telah berjalan.

Berdasarkan uraian di atas, peneliti ingin mengidentifikasi angka kejadian serta mengevaluasi pelaksanaan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien yang berjalan di RS PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta. Keingintahuan peneliti didasarkan atas belum adanya penelitian evaluasi terhadap pelaksanaan sistem pelaporan IKP di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Selain itu, belum banyak penelitian yang juga mengidentifikasi angka kejadian IKP di suatu rumah sakit secara rinci sebelum melakukan penelitian evaluasi sistem pelaporan IKP.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka perlu diteliti tentang:
Bagaimana gambaran angka kejadian dan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien yang berjalan di RS PKU Muhammadiyah Gamping?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis angka kejadian dan mengevaluasi sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi angka kejadian IKP pada tahun 2022 dan 2023 di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping.
- b. Menggali hambatan implementasi sistem pelaporan IKP di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping.
- c. Mengevaluasi pelaksanaan sistem pelaporan IKP di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat berkontribusi dalam pengembangan ilmu kedokteran di bidang keselamatan pasien serta menambah bukti ilmiah dalam penelitian mengenai keselamatan pasien.

2. Manfaat Praktis

- a. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan bagi rumah sakit untuk mengembangkan sistem pelaporan insiden secara lebih lanjut guna meningkatkan kualitas

mutu dan pelayanan kesehatan yang mengutamakan keselamatan pasien.

b. Institusi Pendidikan Fakultas Kedokteran

Hasil penelitian ini dapat menjadi bahan pertimbangan bagi institusi pendidikan terkhusus Fakultas Kedokteran untuk menambahkan topik keselamatan pasien ke dalam kurikulum mahasiswa kedokteran dan/atau ilmu kesehatan.

c. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat meningkatkan keterampilan peneliti dalam melakukan penelitian di rumah sakit serta menambah wawasan peneliti mengenai penerapan keselamatan pasien dan pelaksanaan sistem pelaporan IKP di rumah sakit secara komprehensif.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No.	Peneliti & Judul Penelitian	Desain Penelitian	Hasil	Persamaan	Perbedaan
1.	Evaluasi Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit (Tristantia, 2018)	Deskriptif observasional yang ditunjang dengan data kualitatif	Rumah sakit terkait telah memiliki kebijakan yang mengatur pelaporan insiden, namun implementasinya masih belum sesuai, struktur organisasi tim KPRS sudah ada, belum menggunakan metode PDSA (<i>Plan, Do, Study, Action</i>) untuk menyelesaikan masalah insiden, teknologi terkomputerisasi sudah dipakai.	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Tools</i> penelitian yaitu model evaluasi HMN (<i>Health Metrics Network</i>) WHO - Pemeriksaan data dengan teknik triangulasi teori dan sumber - Analisa data dengan model Miles dan Huberman (1994) yaitu reduksi, penyajian, dan verifikasi data 	<ul style="list-style-type: none"> - Lokasi penelitian - Penelitian ini menambahkan deskripsi angka kejadian IKP di lokasi penelitian pada 2 tahun terakhir
2.	Analisis Insiden Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan di Rumah Sakit X Surabaya (A. Salsabila & Supriyanto, 2019)	Observasional Deskriptif	Peningkatan jumlah insiden KNC dari 88 menjadi 168 dan KTD dari 4 menjadi 13 kejadian didapatkan dari laporan IKP 2017-2018 di RS X. KNC dan KTD terbanyak pada usia >30 tahun – 65 tahun, di rawat jalan, dan kejadian berulang.	<ul style="list-style-type: none"> - Hasil penelitian berupa angka kejadian IKP pada 2 tahun terakhir 	<ul style="list-style-type: none"> - Lokasi penelitian - Penelitian ini menambahkan wawancara - Penelitian ini menyajikan data angka kejadian IKP dua tahun terakhir dalam bentuk deskripsi

No.	Peneliti & Judul Penelitian	Desain Penelitian	Hasil	Persamaan	Perbedaan
3.	Evaluasi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di RS Swasta di Lampung Tahun 2022 (Merici Tioivita et al., 2022)	Kualitatif dengan studi kasus (<i>case study</i>)	Sub komite keselamatan pasien sudah ada namun SK pengangkatan PIC pelaporan insiden belum ada, staf analisa insiden belum terlatih, regulasi khusus terkait keselamatan pasien belum ada, metode penyelesaian masalah masih manual belum dengan PDCA, pelaporan masih manual, kepala unit masih belum paham jenis-jenis IKP, pengumpulan data belum valid, sistem pengolahan, penyajian, dan analisa data insiden belum terintegrasi, persepsi takut disalahkan menyebabkan rendahnya laporan IKP, pengambilan keputusan untuk penyelesaian insiden terhambat analisa.	<ul style="list-style-type: none"> - Teknik pengambilan sampel dengan <i>purposive sampling</i> - Data dikumpulkan dengan <i>in-depth interview</i> dan dokumen - Reduksi, penyajian, dan verifikasi data digunakan sebagai teknik analisa data 	<ul style="list-style-type: none"> - FGD tidak dilakukan dalam penelitian ini - Model evaluasi penelitian ini menggunakan teori evaluasi sistem Wehrich et al., (2013) dalam bukunya yang berjudul “<i>Management. A Global, Innovative, and Entrepreneurial Perspective</i>” bukan dengan HMN WHO

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Keselamatan Pasien

a. Definisi Keselamatan Pasien

Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah suatu sistem yang dijalankan rumah sakit untuk menjadikan asuhan pasien lebih aman, di dalamnya termasuk aspek *assessment* risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, pembelajaran dan tindak lanjut insiden, serta penerapan solusi untuk meminimalisir risiko, sehingga cedera akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil dapat dicegah (Permenkes RI No 11, 2017).

Pencegahan, penghindaran atau perbaikan dari cedera pasien (*adverse event*) yang dapat terjadi selama pemberian layanan kesehatan merupakan definisi dari *patient safety* (Asem et al., 2019). Sebagai pencegahan bahaya, definisi keselamatan pasien diperluas oleh *The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) Patient Safety Network* menjadi kebebasan dari cedera yang dapat dicegah atau tidak disengaja oleh karena perawatan medis (Shenoy, 2021). Kebebasan dari cedera tersebut dapat disebabkan oleh dua jenis *errors* yaitu *omission* (tidak

melaksanakan tindakan yang seharusnya diambil) dan *commission* (melaksanakan tindakan yang salah) (Rodziewicz et al., 2023).

b. Tujuan Keselamatan Pasien

Menurut buku Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2015), tujuan keselamatan pasien adalah sebagai berikut:

- 1) Budaya keselamatan pasien di rumah sakit tercipta.
- 2) Pertanggungjawaban rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat meningkat.
- 3) Angka insiden keselamatan pasien di rumah sakit menurun.
- 4) Program-program pencegahan pengulangan kejadian tidak diharapkan (KTD) terlaksana.

c. Tujuh Standar Keselamatan Pasien

Rumah sakit wajib menerapkan Tujuh Standar Keselamatan Pasien sebagai berikut (Permenkes RI No 1691, 2011):

- 1) Hak pasien

Mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden merupakan hak pasien dan keluarganya.

- 2) Mendidik pasien dan keluarga

Mendidik pasien dan keluarganya mengenai kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien merupakan kewajiban rumah sakit.

3) Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan dijamin oleh rumah sakit.

4) Penggunaan metode-metode peningkatan kerja untuk evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Mendesain proses baru atau memperbaiki yang sudah ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, analisis insiden secara intensif, dan melakukan perubahan guna meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien harus dilakukan oleh rumah sakit.

Kriteria Standar IV adalah setiap rumah sakit harus melakukan sebagai berikut:

- a) Proses perancangan yang mengacu pada visi, misi, dan tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
- b) Pengumpulan data kinerja terkait; pelaporan insiden, akreditasi, manajemen risiko, utilisasi, mutu pelayanan, dan keuangan.

- c) Evaluasi intensif terkait dengan semua insiden, dan secara proaktif melakukan satu proses kasus risiko tinggi.
 - d) Penggunaan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.
- 5) Peran kepemimpinan dalam meningkatkan *patient safety*
- Standar:
- a) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit”.
 - b) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.
 - c) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi serta koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien.
 - d) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja rumah sakit, serta meningkatkan keselamatan pasien.
 - e) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja rumah sakit dan keselamatan pasien.

6) Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Standar:

a) Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.

b) Rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.

7) Komunikasi adalah kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Standar:

a) Proses manajemen informasi keselamatan pasien direncanakan dan didesain oleh rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal

b) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

d. Enam Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)

Enam SKP berikut harus diberlakukan oleh seluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan secara nasional (Permenkes RI No 11, 2017):

1) Sasaran I: Ketepatan Identifikasi Pasien

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki atau meningkatkan ketelitian pengidentifikasian pasien.

2) Sasaran II: Peningkatan Komunikasi yang Efektif

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk peningkatan efektivitas komunikasi antar pemberi pelayanan.

- 3) Sasaran III: Peningkatan Keamanan Obat-obatan yang Harus Diwaspadai (*High Alert*)

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai (*high alert*).

- 4) Sasaran IV: Kepastian Tepat Lokasi, Tepat Prosedur, Tepat Pasien Operasi

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

- 5) Sasaran V: Pengurangan Risiko Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

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

- 6) Sasaran VI: Pengurangan Risiko Pasien Jatuh

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.

e. **Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien**

Dalam menerapkan Standar Keselamatan Pasien terdapat Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien yang harus dilaksanakan oleh Rumah Sakit sebagai berikut (Permenkes RI No 1691, 2011) :

1) Membangun Kesadaran akan Nilai Keselamatan Pasien

Dengan menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka serta adil dengan langkah penerapan sebagai berikut (Permenkes RI No 11, 2017) :

a) Bagi Rumah Sakit:

- i. Memiliki kebijakan tentang apa yang harus dilakukan oleh staf segera setelah terjadi insiden, bagaimana melakukan investigasi, dan dukungan apa yang harus diberikan kepada staf, pasien, dan keluarga.
- ii. Kejelasan peran individu dan pertanggungjawabannya bila terjadi insiden disebutkan dalam kebijakan tersebut.
- iii. Melakukan survei budaya keselamatan untuk mensurvei budaya pelaporan dan pembelajaran di rumah sakit.

b) Bagi Unit/Tim:

- i. Memastikan rekan tim merasa mampu menyampaikan pendapatnya dan berani melaporkan bila terjadi insiden
- ii. Semua laporan dipastikan dibuat secara terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan atau solusi yang tepat.

2) Memimpin dan Mendukung Staf

Dengan membangun komitmen dan menegakkan fokus yang jelas dan kuat mengenai keselamatan pasien di rumah sakit.

3) Mengintegrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko

a) Untuk Rumah Sakit:

- i. Menelaah kembali struktur dan proses dalam manajemen risiko klinis dan non klinis yang sudah terintegrasi dengan keselamatan pasien dan staf, komplain dan risiko keuangan, serta lingkungan.
- ii. Mengembangkan indikator-indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko sehingga dapat dimonitor oleh direksi/pimpinan rumah sakit.
- iii. Menggunakan informasi yang jelas dan benar yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan *assessment* risiko sehingga kepedulian terhadap pasien dapat ditingkatkan.

b) Untuk Unit/Tim:

- i. Membentuk forum-forum diskusi dalam rumah sakit untuk membahas isu-isu keselamatan pasien sebagai bentuk umpan balik kepada manajemen terkait;
- ii. Memastikan ada penilaian risiko pada individu pasien dalam proses *assessment* risiko rumah sakit;
- iii. Proses *assessment* risiko dilakukan secara teratur untuk menentukan akseptabilitas setiap risiko dan mengambil langkah yang tepat untuk mengecilkan risiko tersebut;

iv. Memastikan penilaian risiko disampaikan sebagai masukan ke proses *assessment* dan pencatatan risiko rumah sakit.

4) Mengembangkan Sistem Pelaporan

Memastikan semua staf mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) dan eksternal (nasional) serta mengatur pelaporan kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit karena sistem pelaporan akan menjadi dasar analisa dan penyampaian rekomendasi melalui penerapan berikut:

a) Untuk Rumah Sakit:

Mengimplementasikan sistem pelaporan insiden ke dalam dan ke luar yang harus dilaporkan ke Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

b) Untuk Unit/Tim:

Mendorong rekan kerja untuk aktif dalam melaporkan IKP baik yang sudah terjadi maupun sudah dicegah tetapi sangat penting untuk pembelajaran.

5) Melibatkan dan Berkomunikasi dengan Pasien

Mengembangkan komunikasi yang terbuka dengan pasien guna membantu akurasi penegakan diagnosa, memutuskan tindakan pengobatan yang tepat, memilih fasilitas yang aman,

mengidentifikasi KTD, serta mengambil tindakan yang tepat (Permenkes RI No 11, 2017).

6) Belajar dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien

Apabila IKP terjadi, isu yang penting bukan mencari siapa yang salah melainkan bagaimana dan mengapa insiden tersebut dapat terjadi. Oleh karenanya, penting untuk mendorong staf menggunakan RCA untuk menghasilkan pembelajaran, melalui penerapan berikut: (Permenkes RI No 1691, 2011) :

a) Untuk Rumah Sakit:

- i. Memastikan staf telah terlatih melakukan investigasi insiden dengan tepat sehingga akar masalah dapat teridentifikasi.
- ii. Mengembangkan kebijakan yang menjabarkan secara jelas kriteria kapan rumah sakit harus melakukan RCA yang mencakup insiden yang terjadi dan minimal satu kali per tahun melakukan *Failure Modes and Effect Analysis* (FMEA) untuk proses risiko tinggi.

b) Untuk Tim/Unit:

- i. Melakukan pembelajaran di dalam lingkup unit dari hasil analisis IKP.
- ii. Mengidentifikasi unit lain yang terdampak dan membagikan proses pembelajaran secara luas.

7) Mencegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien

Ketidakmampuan mengenali penyebab kegagalan yang terjadi di suatu rumah sakit sebagai cara mencegah risiko terjadinya kegagalan yang sama di rumah sakit lain menjadi kekurangan fasilitas pelayanan kesehatan di masa lampau. Sehingga, saat ini pembelajaran melalui perubahan-perubahan di dalam praktek, proses, atau sistem diperlukan untuk mencegah cedera melalui penerapan berikut (Permenkes RI No 11, 2017) :

a) Untuk Rumah Sakit:

- i. Menggunakan informasi yang jelas dari sistem pelaporan, *assessment* risiko, kajian insiden, dan audit serta analisis untuk menentukan solusi setempat.
- ii. Penjabaran ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan/atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien harus termuat dalam solusi tadi.
- iii. Melakukan *assessment* risiko untuk setiap rencana perubahan.
- iv. Mensosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.

v. Memberi umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden yang dilaporkan.

b) Untuk Unit/Tim:

i. Melibatkan tim dalam pengembangan cara membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman.

ii. Menelaah kembali perubahan-perubahan yang dibuat oleh tim dan memastikan pelaksanaannya.

vi. Memastikan tim menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut dari insiden yang dilaporkan.

2. Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

a. Definisi Keselamatan Pasien

Insiden Keselamatan Pasien (IKP) adalah setiap kejadian atau situasi yang tidak seharusnya terjadi dan dapat atau berpotensi mengakibatkan *harm* (penyakit, cedera, cacat, kematian, dan lainnya) (KKP-RS Nasional, 2015).

b. Jenis-Jenis Insiden Keselamatan Pasien

Menurut (Permenkes RI No 1691, 2011), terdapat lima jenis IKP antara lain:

1) Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau *Adverse Event*

Suatu kejadian yang mengakibatkan cedera tidak diharapkan pada pasien akibat kesalahan suatu tindakan (*commission*) atau tidak melaksanakan suatu tindakan (*omission*) dan bukan karena kondisi pasien (KKP-RS

Nasional, 2015). Contoh suatu tindakan *omission* yaitu tidak menstabilkan brankar sebelum memindahkan pasien dan *commission* yaitu meresepkan obat yang tidak tepat pada pasien yang sudah diketahui memiliki alergi obat (Rodziewicz et al., 2023).

2) Kejadian Nyaris Cedera (KNC) atau *Near Miss*

Suatu insiden yang tidak menyebabkan cedera pada pasien karena belum sampai terpapar pada pasien (KKP-RS Nasional, 2015). *Near Miss* adalah segala peristiwa yang dapat menimbulkan konsekuensi buruk bagi pasien, namun tidak terjadi atau potensi kejadian tidak diharapkan yang dapat merugikan namun tidak terjadi, baik secara kebetulan maupun karena campur tangan seseorang atau sesuatu (Rodziewicz et al., 2023).

3) Kejadian Tidak Cedera (KTC) atau *No-Harm Incident (NHI)*

Insiden yang sudah terpapar ke pasien namun tidak menimbulkan cedera, akibat suatu keberuntungan (misal; pasien menerima suatu obat kontra indikasi tetapi tidak muncul reaksi obat) atau peringanan (misal; suatu obat dengan efek samping reaksi alergi diberikan, namun teridentifikasi di awal kemudian diberikan antidotumnya) (KKP-RS Nasional, 2015).

4) Kondisi Potensial Cedera (KPC) atau *Reportable Circumstance*

Kondisi yang berpotensi besar menimbulkan cedera namun belum sampai terjadi insiden (KKP-RS Nasional, 2015). Sebagai contoh, peletakan obat-obatan LASA (*Look Alike Sound Alike*) yang berdekatan atau bahkan tidak terpisah.

5) Kejadian Sentinel atau *Sentinel Event*

Sentinel event merupakan suatu KTD yang mengakibatkan cedera berat sementara dan membutuhkan tindakan untuk mempertahankan kehidupan (fisik maupun psikis), atau cedera permanen, bahkan kematian yang tidak terkait dengan keadaan pasien maupun perjalanan penyakit (Permenkes RI No 11, 2017). Sebagai contoh, kekeliruan lokasi pembedahan, alat bedah tertinggal dalam tubuh pasien, kejadian bunuh diri pasien rawat inap, kematian ibu melahirkan, bayi tertukar, tindakan kekerasan terhadap pasien dan lain sebagainya (Permenkes RI No 11, 2017).

3. Sistem Pelaporan

a. Definisi Sistem Pelaporan

Sistem pelaporan merupakan penggambaran bentuk pertanggungjawaban dari bawahan kepada atasan yang disusun dalam sebuah laporan (Irwan & Rizal, 2021). Melaporkan dan mempresentasikan semua aktivitas kinerja serta sumber daya

merupakan refleksi kewajiban yang harus dipertanggungjawabkan, sehingga setiap instansi berkewajiban menyiapkan, menyusun, dan melaporkannya (Irwan & Rizal, 2021).

b. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

1) Definisi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan IKP, hasil analisis insiden, dan solusi atas kejadian insiden untuk pembelajaran (Permenkes RI No 1691, 2011). Setiap kejadian (insiden) yang sudah terjadi, berpotensi (potensial), maupun yang nyaris terjadi, harus dilaporkan melalui pelaporan insiden karena akan menjadi awal dari proses pembelajaran dalam mencegah kejadian yang sama terulang kembali (Kemenkes RI, 2015).

2) Tujuan Pelaporan Insiden

Menurut buku Pedoman Pelaporan IKP yang dirilis oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS Nasional, 2015), tujuan pelaporan IKP adalah sebagai berikut:

a) Tujuan Umum

- i. Angka kejadian IKP menurun.
- ii. Mutu pelayanan dan keselamatan pasien meningkat.

b) Tujuan Khusus (Rumah Sakit/Internal)

- i. Sistem pelaporan dan pencatatan IKP di rumah sakit terlaksana.

- ii. Penyebab IKP sampai dengan akar masalah diketahui.
- iii. Pembelajaran untuk perbaikan asuhan pasien didapatkan untuk mencegah pengulangan kejadian yang sama di kemudian hari.

3) Jenis Pelaporan Insiden

Menurut Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang dirilis di tahun 2015 oleh Kemenkes RI, pelaporan insiden terbagi menjadi dua yaitu (Kemenkes RI, 2015) :

- a) Pelaporan internal yaitu pelaporan IKP di internal rumah sakit atau dari staf kepada Tim Keselamatan Pasien di RS.
- b) Pelaporan eksternal yaitu pelaporan secara anonim dari rumah sakit ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit setelah dilakukan analisis penyebab, rekomendasi, dan solusinya.

4) Alur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Berdasarkan Pedoman Pelaporan IKP (*Patient Incident Report*) yang dirilis oleh KKPRS pada 2015, berikut alur pelaporan IKP (KKP-RS Nasional, 2015) :

a) Alur Pelaporan Insiden Kepada Tim Keselamatan Pasien di RS (Internal)

- i. Bila terjadi suatu insiden baik KNC, KTD, KTC, maupun KPC wajib segera ditindaklanjuti dengan

- dicegah atau ditangani untuk meminimalisir akibat/dampak yang tidak diharapkan.
- ii. Segera setelah tindak lanjut dilakukan, laporan insiden dibuat dengan mengisi Formulir Laporan Insiden di akhir jam kerja/*shift* kepada Atasan Langsung paling lambat 2x24 jam.
 - iii. Setelah laporan selesai dibuat, laporan segera diserahkan kepada Atasan langsung pelapor. (Atasan langsung disepakati sesuai keputusan Manajemen: Supervisor/Kepala Bagian/Instalasi /Departemen/Unit).
 - iv. Atasan langsung memeriksa laporan dan melakukan *grading* risiko terhadap insiden yang dilaporkan.
 - v. Hasil *grading* menjadi penentu bentuk investigasi dan analisa yang akan dilakukan sebagai berikut:
 - Grade Biru: Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 1 minggu.
 - Grade Hijau: Investigasi sederhana oleh Atasan langsung, waktu maksimal 2 minggu.
 - Grade Kuning: Investigasi komprehensif atau analisis akar masalah atau RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.

- Grade Merah: Investigasi komprehensif atau analisis akar masalah/RCA oleh Tim KP di RS, waktu maksimal 45 hari.
- vi. Pasca investigasi sederhana dilakukan, laporan hasil investigasi dan laporan insiden dilaporkan ke Tim KP di RS.
 - vii. Tim KP di RS menganalisa kembali hasil investigasi dan laporan insiden guna menentukan perlu tidaknya dilakukan investigasi lanjutan (RCA) dengan melakukan *Regrading*.
 - viii. Setelah RCA dilakukan, Tim KP di RS membuat Laporan dan Rekomendasi untuk perbaikan serta “Pembelajaran” berupa: Petunjuk atau *Safety Alert* guna mencegah pengulangan kejadian yang sama.
 - ix. Hasil RCA, rekomendasi, dan rencana kerja dilaporkan kepada Direksi.
 - x. Rekomendasi untuk “Perbaikan dan Pembelajaran” diberikan umpan balik kepada unit kerja terkait serta sosialisasi kepada seluruh unit di Rumah Sakit.
 - xi. Unit kerja membuat analisa kejadian di satuan kerja masing-masing.
 - xii. Monitoring dan Evaluasi Perbaikan oleh Tim KP di RS.

b) Alur Pelaporan Insiden ke KKPRS atau Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Eksternal)

Laporan insiden serta hasil investigasi sederhana maupun analisis RCA berupa rekomendasi dan solusi dari Tim KP di RS (internal) atau Pimpinan RS dikirimkan ke KKPRS dengan *entry data (e-reporting)* melalui *website* resmi KKPRS: www.buk.depkes.go.id (KKP-RS Nasional, 2015).

4. Evaluasi Sistem

a. Definisi Evaluasi

Evaluasi diartikan sebagai proses penggambaran dan penyajian informasi untuk merumuskan suatu keputusan (Rahman & Nasryah, 2019). (Idrus L, 2019) mendefinisikan evaluasi sebagai kegiatan pengumpulan fakta secara sistematis mengenai proses dalam sebuah program/kegiatan untuk menetapkan *output* berupa terjadi tidaknya suatu perubahan di dalamnya dan sejauh mana perubahan tersebut mempengaruhi subjek yang terlibat dalam kegiatan atau program yang dievaluasi.

b. Definisi Sistem

Sistem merupakan jaringan proses kerja yang berhubungan satu dengan lainnya untuk mencapai sebuah tujuan dan melakukan kegiatan (Erawati, 2019). Sedangkan menurut (Andrianof, 2018), sistem adalah beberapa elemen, komponen, atau variabel yang saling terintegrasi

menjadi satu kesatuan untuk mencapai suatu tujuan dan sasaran. Sistem juga didefinisikan oleh (Rasid Ridho, 2021) sebagai komponen atau variabel yang saling berhubungan satu dengan lainnya sehingga suatu tujuan tertentu dapat tercapai.

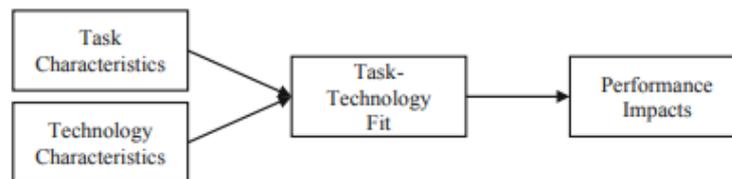
c. Model Evaluasi

1) *Human Organization Technology (HOT) Fit Model*

(Yusof et al., 2008) mengembangkan *Human Organization Technology (HOT) Fit Model* untuk mengevaluasi sistem informasi melalui penilaian kesesuaian hubungan diantara tiga komponen penting yaitu manusia (*human*), organisasi (*organization*), dan teknologi (*technology*) (Hapsari et al., 2021). Proses dan kebutuhan informasi dalam layanan dapat diidentifikasi menggunakan kerangka kerja *HOT Fit Model* yang menyediakan faktor evaluasi secara komprehensif serta dimensi yang lengkap untuk mengukur suatu proses pelayanan, komponen utama sistem, pengembangan, dan kegunaan (Hapsari et al., 2021). Oleh karena itu, evaluasi berkelanjutan terhadap suatu sistem sangat memungkinkan untuk dilakukan dengan menggunakan *HOT Fit Model* dengan model evaluasi lainnya (Hapsari et al., 2021).

2) *Task Technology Fit (TTF)*

Task Technology Fit (TTF) adalah pengukuran dalam teori sistem informasi yang mampu menilai dampak dari sebuah teknologi berupa nilai yang diciptakan teknologi dalam suatu sistem (Spies et al., 2020). Melalui sarana pengukuran efektivitas teknologi dalam suatu organisasi yang disediakan *Task Technology Fit (TTF)*, kompleksitas interaksi antara faktor teknologi, pengguna, sistem, tugas, dan proses mampu dinilai oleh teori ini.



Gambar 3. Basic Task-Technology Fit Model

Dasar model TTF di atas menggambarkan penggunaan teknologi dan nilai yang diciptakannya di mana kesesuaian antara karakteristik tugas dengan karakteristik teknologi yang memungkinkan pengguna melakukan tugas tertentu akan menciptakan nilai teknologi yang positif (Spies et al., 2020). (Goodhue & Thompson, 1995) menilai dampak positif teknologi memerlukan *Task Fit Technology (TTF)* yang baik, sehingga, ketika suatu teknologi sesuai dengan karakteristik tugas yang ingin didukungnya, maka teknologi tersebut akan menghasilkan peningkatan kerja yang akan melancarkan pelaksanaan tugas,

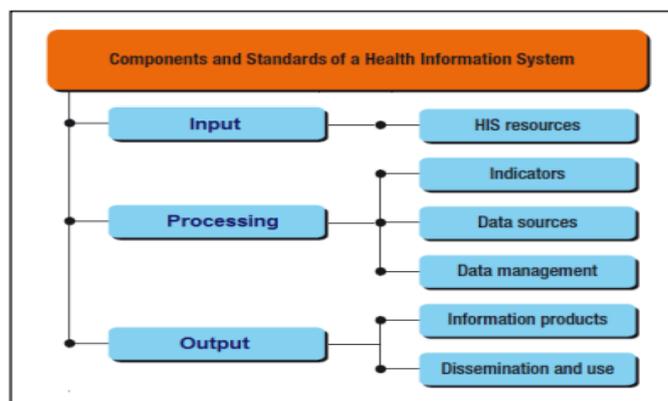
mengurangi biaya pelaksanaan tugas, dan membuat tugas menjadi lebih mudah diselesaikan (Spies et al., 2020).

3) *Health Metrics Network (HMN)*

WHO pada tahun 2008 mengembangkan *Health Metrics Network* (HMN) sebagai kerangka penilaian untuk mengevaluasi pelaksanaan pelaporan (Tristantia, 2018). Kerangka HMN tidak hanya berpusat pada penilaian informasi mengenai penyakit, namun juga keseluruhan sistem statistik dan informasi kesehatan, sehingga dijadikan sebagai standar universal untuk mengarahkan pengumpulan, pelaporan, dan penggunaan informasi kesehatan (Tristantia, 2018). Isu penting dan kesenjangan sistem informasi kesehatan dari sudut pandang *stakeholders* yang terlibat juga dapat teridentifikasi melalui kerangka HMN ini (Mbondji et al., 2014; Tristantia, 2018).

Sumber daya sistem informasi kesehatan, indikator kesehatan, sumber data, manajemen data, produk informasi, serta diseminasi (penyebaran) dan penggunaan informasi kesehatan merupakan enam komponen utama dalam sistem informasi kesehatan yang dijabarkan dalam model evaluasi HMN (Tristantia, 2018). Dari enam komponen tersebut, sistem informasi kesehatan dikelompokkan lagi ke dalam segi *input*, proses, dan *output* dimana *input* kaitannya dengan sumber daya, proses dengan indikator, sumber data, pengumpulan, dan pengelolaan data, sedangkan

output terkait dengan produksi (hasil), penyebaran (diseminasi), dan penggunaan informasi (WHO, 2008).



Gambar 4. *HIS component based on HMN standards and framework*

Variabel dari segi *input*, proses, dan *output* yang dinilai dalam kerangka (model) evaluasi *Health Metrics Network* (HMN) adalah sebagai berikut (WHO, 2008) :

a) *Input*

i. Kebijakan/Panduan

Ketersediaan kebijakan yang konsisten dengan standar nasional akan meningkatkan kepercayaan terhadap integritas hasil, juga menentukan parameter etika pengumpulan data, serta penyebaran dan penggunaan informasi (WHO, 2008). Oleh karena itu, pelaku-pelaku utama serta perannya, mekanisme koordinasi, pemantauan program, dan pertanggungjawaban harus terdapat di dalam kerangka kebijakan informasi kesehatan (WHO, 2008).

ii. Pendanaan dan SDM (Sumber Daya Manusia)

Petugas informasi kesehatan yang secara khusus menangani manajemen data perlu ditempatkan sehingga akan menghasilkan peningkatan signifikan pada kualitas data yang dilaporkan dan pemahaman kalangan petugas layanan kesehatan terkait pentingnya data tersebut. Pelatihan dan pendidikan terkait pengelolaan serta penggunaan informasi kesehatan, desain, dan penerapan perlu diberikan guna mengembangkan sumber daya manusia di fasilitas kesehatan (WHO, 2008).

iii. Organisasi/Manajemen

Dalam memperkuat dan mengembangkan sistem informasi kesehatan, fungsi dan interaksi antar unit dan lembaga akan menjadi penentu (WHO, 2008). Unit dan lembaga tersebut bertanggung jawab untuk merancang, memperkuat, atau mendukung, pengumpulan data, transmisi, analisis, dan pelaporan serta diseminasi (penyebaran). Kendala-kendala yang melemahkan kebijakan atau menghambat implementasi strategi-strategi utama dalam mengembangkan sistem informasi dapat teridentifikasi melalui analisis kelembagaan (WHO, 2008). Oleh karena itu, peran organisasi (kepemimpinan) serta sistem koordinasi (manajemen) sangat diperlukan.

iv. Metode Penyelesaian Masalah

Pemilihan metode penyelesaian masalah yang tepat dalam pelaporan IKP sangat penting karena berkaitan erat dengan pembelajaran. Untuk mencapai perbaikan dalam layanan, metode PDSA (*Plan, Do, Study, Action*) lebih memungkinkan proses pembelajaran bagi individu dan organisasi terjadi dibandingkan dengan metode PDCA (*Plan, Study, Check, Action*) (Tristantia, 2018). Sehingga, hasil dari implementasi metode PDSA dalam hal pembelajaran dan perbaikan mutu akan tercapai serta keselamatan pasien akan terjamin (Taylor et al., 2014; Tristantia, 2018).

v. Teknologi

Pada tingkat pencatatan yang paling dasar, sistem informasi kesehatan memerlukan kemampuan untuk menyimpan, mengarsipkan, memisahkan (abstraksi), dan mengambil catatan. Teknologi yang saat ini berkembang dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan kapasitas penyimpanan dan kinerja secara signifikan sehingga jangka waktu pemrosesan pencatatan dapat dipercepat. Dengan begitu, jumlah data, kualitas data, ketepatan waktu, analisis, dan penggunaan informasi secara signifikan akan meningkat (WHO, 2008).

b) Proses

i. Indikator

Indikator sebagai target yang ingin dicapai dalam suatu sistem informasi kesehatan perlu ditetapkan untuk menilai perubahan dalam tiga domain utama, yaitu penentu kesehatan (*determinants of health*), sistem kesehatan (*health system*), dan status kesehatan (*health status*) (Klaib & Nuser, 2019). Dalam hal ini, indikator atau target yang ingin dicapai oleh sistem pelaporan IKP berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit adalah sebesar 0% atau tidak ada kejadian yang dapat membahayakan pasien baik pasien jatuh, kesalahan obat, maupun kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan (Tristantia, 2018).

ii. Sumber Data

Sumber data dalam sistem informasi kesehatan terbagi menjadi dua, sumber data berbasis populasi dan berbasis institusi. Data berbasis institusi dapat diperoleh dari catatan individu, layanan, maupun sumber daya (WHO, 2008). Dalam hal ini, sumber data dalam pelaporan IKP tergolong sumber data berbasis institusi berupa catatan individu dalam bentuk formulir.

iii. Manajemen Data

Manajemen data dalam kerangka penilaian HMN terdiri dari pengumpulan, pengolahan, penyajian, dan analisis data (Tristantia, 2018). Daftar data dan formulir pelaporan harus diarsipkan dan disimpan dengan benar di setiap tingkat administrasi dan diklasifikasikan menurut tanggal, lokasi geografis, kepemilikan dan/atau kode nasional. Kerahasiaan dan privasi pasien/klien yang termuat di dalam data juga harus dilindungi dengan membatasi akses terhadap staf yang berwenang (WHO, 2008).

Penyimpanan yang tepat dan aksesibilitas yang mudah dalam jangka panjang akan memfasilitasi validasi data (akurasi, ketepatan waktu, kelengkapan, dan keandalan) sehingga data dapat dijadikan penilaian kualitas layanan dan perbandingan kinerja pelayanan (WHO, 2008). Data yang telah dikumpulkan harus diolah dan dikompilasi untuk kemudian dianalisis dan disajikan untuk menghasilkan informasi yang tepat, relevan, dan dapat diakses dengan mudah, sehingga memudahkan pelaku sistem informasi kesehatan untuk menginformasikan keputusan mereka yang ditargetkan untuk tindakan (WHO, 2008).

c) *Output*

i. Produk Informasi

Tujuan dari sistem informasi kesehatan tidak hanya untuk menghasilkan data berkualitas tinggi dan dapat digunakan, melainkan sampai dengan mengubahnya menjadi bukti dan informasi yang kredibel dan meyakinkan untuk dijadikan dasar dalam pengambilan keputusan (WHO, 2008). Produk informasi dari sistem pelaporan IKP di rumah sakit berupa laporan insiden yang berisi data pasien, rincian kejadian, tindakan yang dilakukan saat terjadi insiden, akibat insiden, pelaporan dan penilaian *grading* harus dilaporkan ke Tim KP di RS maksimal 2x24 sehingga dapat dijadikan dasar bagi pengambil keputusan untuk menentukan tipe investigasi dan analisa yang akan dilakukan guna menghasilkan rekomendasi perbaikan dan pembelajaran (KKP-RS Nasional, 2015).

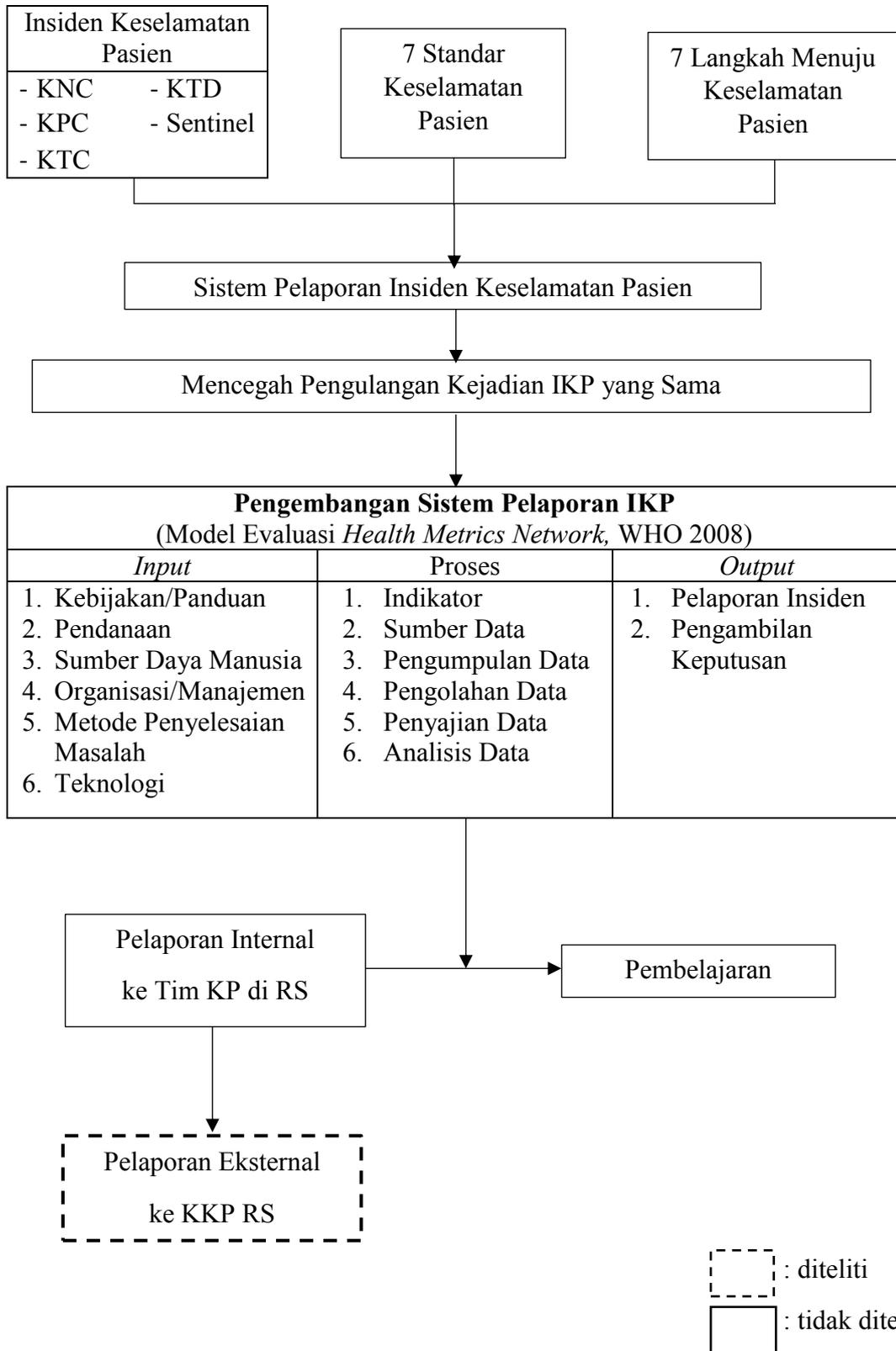
ii. Penyebaran dan Penggunaan

Informasi yang dihasilkan harus digunakan secara teratur dalam pertemuan dan ditampilkan di tempat yang dapat dilihat oleh staf dan masyarakat. Setelah penggunaan tersebut, dan kualitas serta kegunaan informasi dalam sistem informasi kesehatan dapat ditingkatkan secara bertahap melalui proses pembelajaran yang bersiklus

(WHO, 2008). Penyebaran dan penggunaan data dari laporan insiden berupa rekomendasi untuk perbaikan dan pembelajaran yang dibuat oleh Tim KP di RS harus diberikan kepada unit kerja terkait serta disosialisasikan kepada seluruh unit rumah sakit (KKP-RS Nasional, 2015).

Dalam sistem pelaporan IKP, ketepatan identifikasi risiko dan analisis akar masalah (RCA) dari sebuah insiden merupakan tahapan alur pelaporan yang sangat penting. Hal ini dikarenakan hasil dari RCA berupa rekomendasi untuk perbaikan serta pembelajaran dalam bentuk *safety alert* akan sangat bermanfaat bagi rumah sakit dalam mencegah pengulangan kejadian IKP yang sama di kemudian hari (KKP-RS Nasional, 2015). Dengan demikian, proses identifikasi risiko dan analisis akar masalah (RCA) yang dilakukan pada tahap pengolahan, analisis, dan penyajian data, perlu dinilai menggunakan model evaluasi *Health Metrics Network* (HMN).

B. Kerangka Teori



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif (deskriptif kualitatif) dipilih peneliti karena mampu menggambarkan fenomena yang diamati dengan jelas melalui temuan yang lugas (Colorafi & Evans, 2016). Pengumpulan data dengan wawancara mendalam (*in-depth interview*), *focus group discussion* (FGD), dan studi dokumen dilakukan untuk mendapatkan pemahaman terkait masalah dalam sistem pelaporan IKP berdasarkan kondisi realitas atau *natural setting* yang menyeluruh, kompleks, dan rinci, sekaligus untuk mendapatkan temuan-temuan yang tidak dapat dihasilkan oleh prosedur statistik atau dengan cara kuantifikasi lainnya (Murdiyanto, 2020).

Pendekatan deskriptif kualitatif menjadi pilihan metodologis yang sangat tepat untuk penelitian ini karena mampu menyediakan konten deskriptif yang kaya dari berbagai sudut pandang informan, sehingga hambatan dalam implementasi sistem pelaporan IKP dapat teridentifikasi dengan baik (Colorafi & Evans, 2016; Sandelowski, 2010). Studi dokumen terhadap panduan dan kebijakan rumah sakit terkait pelaporan IKP serta rekapitulasi laporan insiden dua tahun terakhir dilakukan peneliti untuk mendapatkan gambaran, wawasan, dan pemahaman yang mendalam serta menyeluruh mengenai penerapan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit tempat lokasi penelitian.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping Yogyakarta. Lokasi penelitian ditetapkan berdasarkan kriteria yang relevan dengan tujuan penelitian dan fenomena yang ingin diteliti (Utarini, 2020). Kriteria pemilihan lokasi penelitian yang relevan untuk penelitian ini adalah rumah sakit di Yogyakarta yang telah memiliki dan menjalankan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien.

2. Waktu Penelitian

Tabel 2. Waktu Penelitian

No.	Kegiatan	2023			2024								
		Okt	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul s/d Okt	Nov	Des
1.	Penyusunan Proposal												
2.	Seminar Proposal												
3.	Revisi Proposal												
3.	Studi Pendahuluan												
4.	Kaji Etik												
5.	Pengumpulan Data												
6.	Analisis Data												
7.	Penyusunan BAB IV & V												
8.	Finalisasi Naskah KTI												
9.	Seminar Hasil												

C. Informan

Penelitian ini melibatkan informan kunci, utama dan penunjang yang terlibat langsung dalam sistem pelaporan IKP di rumah sakit lokasi penelitian. Informan kunci adalah Ketua Komite Mutu dan informan utama adalah Sekretaris Komite Mutu di rumah sakit lokasi penelitian. Sedangkan informan penunjang dalam penelitian ini adalah supervisor bangsal, supervisor unit farmasi rawat jalan dan farmasi rawat inap, supervisor unit hemodialisa, serta supervisor unit gawat darurat atau yang mewakili. Jumlah informan dalam penelitian ini adalah dua belas informan.

Ketiga kelompok informan tadi dipilih dengan teknik *purposive sampling* yang merupakan salah satu teknik pemilihan sampel dalam penelitian kualitatif dimana dilakukan secara bertujuan, yaitu memilih informan yang kaya informasi (Utarini, 2020). Informan tersebut merupakan individu atau pemangku kepentingan (*stakeholders*) yang mampu memberikan informasi yang kaya dan dalam sehingga pemahaman yang mendalam mengenai fenomena yang diteliti dapat diperoleh peneliti (Utarini, 2020).

D. Instrumen Penelitian

Dalam penelitian kualitatif, instrumen penelitian yang diandalkan adalah peneliti itu sendiri (*human as instrument*) (Utarini, 2020). Di mana, untuk memudahkan proses pengumpulan data dengan studi dokumen, FGD, dan wawancara mendalam oleh peneliti, maka dibutuhkan peralatan sebagai berikut:

1. Panduan FGD

Berupa daftar pertanyaan terbuka dan topik yang akan digali selama FGD guna membantu moderator dalam pelaksanaan diskusi.

2. Panduan Wawancara

Berupa daftar pertanyaan terbuka, topik, atau isi yang akan digali selama wawancara guna membantu peneliti mengumpulkan dan mengeksplorasi informasi secara sistematis.

3. Laptop

Berfungsi untuk membuat transkrip atau mencatat semua percakapan dari hasil wawancara peneliti dengan informan.

4. Buku catatan

Digunakan untuk membuat catatan lapangan (*field notes*) berupa tambahan informasi selama wawancara seperti bahasa tubuh (*gesture*) informan saat menjawab, suasana tempat wawancara, dan lainnya guna mendapatkan gambaran yang menyeluruh (*holistic*) mengenai informan dan jawabannya.

5. *Audio Recorder*

Berfungsi untuk merekam semua percakapan peneliti dengan informan selama wawancara berlangsung.

E. Jalannya Penelitian

1. Sebelum penelitian dilaksanakan, peneliti melakukan studi pendahuluan di rumah sakit lokasi penelitian yaitu RS PKU Muhammadiyah Gamping,

setelah mendapatkan surat pengantar dari kampus dan bagian diklat RS PKU Muhammadiyah Gamping.

2. Setelah dosen pembimbing dan penguji menyetujui proposal KTI, peneliti mengajukan permohonan dan persetujuan izin etik kepada Komisi Etik Penelitian Kesehatan RS PKU Muhammadiyah Gamping.
3. Setelah permohonan izin etik disetujui, peneliti menyerahkan izin etik penelitian kepada bagian Diklat RS PKU Muhammadiyah Gamping guna mendapatkan surat izin untuk kemudian dapat melakukan penelitian.
4. Surat izin diklat yang sudah didapatkan peneliti, diserahkan oleh peneliti ke bagian Mutu dan Keselamatan Pasien RS PKU Muhammadiyah Gamping.
5. Kemudian peneliti melakukan *informed consent* kepada Komite Mutu RS PKU Muhammadiyah Gamping dan informan penelitian bahwa data dan informasi yang didapatkan dalam penelitian ini digunakan sebagai pemenuhan kebutuhan ilmiah serta kerahasiaan identitas informan dijamin oleh peneliti.

F. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan metode berikut:

1. Studi dokumen

Dengan studi dokumen, dokumen tertulis maupun elektronik, gambar, dan hasil karya, dihimpun dan dianalisis guna meningkatkan kredibilitas penelitian kualitatif (Ardiyanto & Fajaruddin, 2019; Nilamsari, 2014). Dalam penelitian ini, studi dokumen dilakukan

terhadap panduan, regulasi, dan/atau kebijakan rumah sakit tempat penelitian terkait pelaporan IKP serta formulir dan rekap laporan insiden yang sudah dilaporkan kepada Komite PMKP dalam dua tahun terakhir. Hasil dari studi dokumen dapat membuka pemahaman peneliti terhadap sesuatu yang diselidiki (Ardiyanto & Fajaruddin, 2019).

2. *Focus group discussion* (FGD)

FGD adalah diskusi kelompok untuk menggali persepsi, perasaan, sikap, pengalaman, ataupun ide-ide mengenai suatu topik tertentu dan dipandu oleh moderator (Utarini, 2020). Diskusi dalam FGD penelitian ini bersifat terarah atau terfokus pada topik pelaksanaan sistem pelaporan IKP, diikuti 10 informan penunjang yang merupakan 6 supervisor bangsal, supervisor unit hemodialisa, supervisor IGD, supervisor farmasi rawat inap, dan supervisor farmasi rawat jalan untuk mendapatkan hasil diskusi yang mencerminkan pendapat kelompok (Utarini, 2020).

3. Wawancara mendalam (*in-depth interview*)

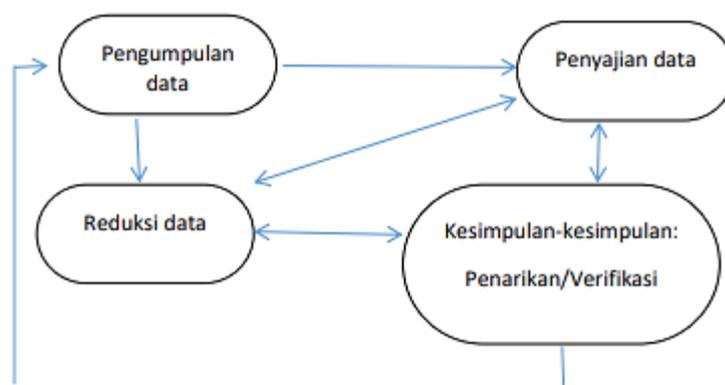
Dalam penelitian ini, wawancara mendalam dilakukan secara individual dan tatap muka terhadap informan kunci yaitu Ketua Komite Mutu dan informan utama yaitu Sekretaris Komite Mutu di rumah sakit lokasi penelitian. Wawancara mendalam dipilih guna mendapatkan data mengenai pengalaman subjektif informan secara lengkap serta perspektif dan makna yang dirasakan informan mengenai topik, isu, atau proses tertentu (Rutledge & Hogg, 2020). Untuk mengeksplorasi

pengalaman, perilaku, maupun pendapat dari informan, peneliti mengajukan pertanyaan yang bersifat terbuka, netral, tunggal, dan jelas sehingga informan leluasa dalam menyampaikan jawaban yang sebenarnya (Utarini, 2020).

Panduan wawancara yang telah disusun peneliti sebelum wawancara dapat berkembang sesuai dengan respons yang diperoleh serta keterampilan peneliti dalam *probing* yaitu mengajukan pertanyaan lanjutan yang lebih rinci sebagai tindak lanjut atas jawaban informan (Utarini, 2020). Karakteristik pewawancara seperti usia, gender, pekerjaan, budaya, identitas personal juga menentukan kualitas informasi yang dihasilkan (Utarini, 2020).

G. Analisis Data

Penelitian ini menggunakan analisis tematik yang dikembangkan oleh Miles dan Huberman (1994) dimana proses analisis data dimulai segera setelah pengumpulan data dan bersifat *iterative* (bolak-balik antar tahap analisis), tidak sepenuhnya berjalan berurutan (linear) melainkan membentuk sebuah siklus seperti ilustrasi berikut.



Gambar 5. Model Analisis Miles dan Huberman (1994) (Rijali, 2019)

Beberapa tahap dalam proses analisis data kualitatif harus dilihat atau dilakukan kembali (*iterative*) sehingga hal baru atau sesuatu yang tidak terduga sebelumnya dapat ditemukan dan aspek yang ingin digali lebih dalam tidak terlewatkan (Utarini, 2020). Berikut adalah tahap analisis data dengan model Miles dan Huberman (1994) yang diterapkan dalam penelitian ini:

1. Reduksi Data

Pemilihan, penyederhanaan, pengabstrakan, dan transformasi data mentah yang terbentuk dari catatan tertulis di lapangan yang berlangsung terus menerus selama penelitian berlangsung merupakan tahap reduksi data. Empat langkah kegiatan reduksi data meliputi: merangkum data, mengkode, membuat kategori, dan menelusur tema (Rijali, 2019).

2. Penyajian Data

Menyusun sekumpulan informasi untuk membuat penarikan kesimpulan dan pengambilan tindakan merupakan tahap penyajian data. Data dapat disajikan dalam bentuk teks naratif yang digabungkan menjadi matriks, bagan, atau grafik, sehingga memudahkan peneliti untuk melihat apa yang sedang terjadi, ketepatan kesimpulan yang dibuat, dan perlu tidaknya analisis lanjutan (Rijali, 2019).

3. Verifikasi Data

Selama penelitian, peneliti harus mengupayakan penarikan kesimpulan secara terus menerus dengan mencari arti, mencatat keteraturan pola-pola, mencermati berbagai penjelasan, kemungkinan

konfigurasi, alur sebab akibat, proposisi, sehingga kesimpulan awal yang sebelumnya belum jelas akan menjadi lebih rinci dan mengakar (Rijali, 2019):

Secara umum, proses reduksi, penyajian, dan verifikasi data dalam penelitian kualitatif diimplementasikan melalui langkah-langkah sebagai berikut (Utarini, 2020):

1. Persiapan Analisis Data

a. Menyusun transkrip *verbatim*

Setelah proses *recording* (perekaman data), hasil wawancara antara peneliti atau moderator dengan informan dipindahkan ke dalam bentuk tulisan kata per kata (transkrip *verbatim*), termasuk tertawa kecil, jeda menjawab, dan lainnya guna mendapatkan gambaran yang utuh atas persepsi informan. Transkrip *verbatim* adalah kegiatan memproduksi ulang dan mentranskripsikan kata demi kata dari hasil wawancara berupa audio sebagai teknik untuk meningkatkan ketelitian dan keakuratan data (McMullin, 2023).

b. Membuat *copy* cadangan dari berbagai materi data asli (rekaman, file transkrip di komputer, foto, catatan lapangan, dan lainnya).

c. Mengkompilasi seluruh materi data menggunakan format yang sedapat mungkin kompatibel; *template* dokumen sama untuk semua file dan materi fisik disimpan dengan ukuran yang sama.

- d. Membuat kompilasi materi dalam format yang memudahkan penambahan catatan pada tahap selanjutnya; menambahkan kolom catatan tambahan di bagian kanan teks.
- e. Membuat sistem indeks penomoran serial untuk setiap jenis data mentah, sehingga proses penelusuran menjadi cepat dan mudah.

2. Penghayatan Data

Penghayatan data dilakukan dengan membaca data tekstual secara berulang-ulang, mencermati data visual yang didapatkan, kemudian membaca sambil mencocokkan kembali dengan catatan lapangan untuk memahami data secara detail dalam gambaran ketika data tersebut dihasilkan. Sehingga setelah tahap ini, peneliti siap mengidentifikasi kode-kode dari kalimat-kalimat pada transkrip (Utarini, 2020).

3. Interpretasi Data

- a. Mengidentifikasi *coding*

Memecah data menjadi unit yang lebih kecil (kode), memahami unit-unit tersebut, kemudian merangkum unit-unit tersebut ke dalam bentuk kategori, lalu mengidentifikasi hubungan antar kategori merupakan proses yang dilakukan di dalam *coding* (Utarini, 2020).

- b. Mengelompokkan *coding* menjadi kategori

Kategori merupakan kumpulan kode yang memiliki kesamaan sehingga satu kategori memayungi sekelompok kode-kode untuk kemudian diberikan label kategori yang paling sesuai (Utarini, 2020).

- c. Mengidentifikasi hubungan antara kode atau kategori dalam data dan mengidentifikasi tema

Hubungan antara kode dan kategori dalam data yang telah diidentifikasi akan dibandingkan untuk membentuk tema, sehingga keseluruhan makna antar kategori menjadi saling terkait (Utarini, 2020).

- d. Mengembangkan konsep/hipotesis/teori

Kesimpulan dapat berwujud konsep, hipotesis, ataupun teori dalam bentuk penjelasan naratif dari temuan-temuan dalam penelitian yang dikembangkan oleh peneliti berdasarkan hubungan, pola, atau tema yang telah teridentifikasi (Utarini, 2020).

4. Verifikasi Data

Verifikasi berbagai temuan-temuan konstan dilakukan peneliti selama pengumpulan data. Kebenaran kode, kategori, dan tema dapat ditingkatkan dalam suatu penelitian dengan bertukar pikiran antar teman sejawat (sesama peneliti) (Rijali, 2019) untuk menyamakan persepsi atas hasil *coding* dan kategorinya serta persepsi yang berbeda, untuk kemudian dibahas perbedaannya dan selanjutnya dibuat kesepakatan kode atau kategori yang paling tepat (Utarini, 2020).

5. Representasi Data

Dalam penelitian kualitatif, terdapat beberapa penyajian data yang dapat digunakan antara lain: skema *coding*, tabel, kutasi langsung, *flow-*

chart, matriks, dan narasi (Utarini, 2020). Tabel dan kuotasi langsung akan digunakan dalam peneliti dalam menyajikan data.

H. Validitas dan Reliabilitas (*Trustworthiness*)

Reliabilitas dan validitas dari hasil penelitian kualitatif digambarkan melalui *trustworthiness* yaitu bagaimana peneliti dapat meyakinkan pembaca dan juga diri peneliti sendiri bahwa hasil penelitiannya benar dan dapat dipercaya (*worth to trust*) (Utarini, 2020). Empat kriteria untuk menunjukkan *trustworthiness* menurut Lincoln dan Guba (1985) adalah nilai kebenaran (*truth value*), dapat diterapkan (*applicability*), konsistensi, dan netralitas (Utarini, 2020).

Dalam penelitian kualitatif, nilai kebenaran (*truth value*) dibuktikan dengan kredibilitas, *applicability* dengan transferabilitas, konsistensi dengan *dependability*. Mengingat penelitian kualitatif erat kaitannya dengan waktu dan konteks pada saat itu (*context and time bound*), maka konsisten tidaknya hasil suatu penelitian kualitatif jika direplikasi pada konteks dan informan yang serupa adalah tergantung (*it depends*), jika faktor-faktor yang dapat mengubah konsistensi hasil penelitian tidak ada, maka temuan penelitian bisa saja tetap konsisten (Utarini, 2020). Terakhir, netralitas dalam penelitian kualitatif dibuktikan dengan *confirmability* (Utarini, 2020). Aspek kredibilitas, transferabilitas, *dependability*, dan *confirmability* dalam penelitian ini diuraikan sebagai berikut:

1. *Credibility* (Kredibilitas)

Nilai kebenaran dalam penelitian kualitatif bersifat *multiple realities*, sehingga untuk membuktikan kebenaran tersebut digunakan dengan mengembalikan hasil penelitian kepada informan (kredibel dari sudut pandang informan penelitian) guna mengetahui “Apakah deskripsi dan interpretasi pengalaman dalam hasil penelitian dikenali oleh informan?” (Utarini, 2020). Strategi yang digunakan peneliti dalam penelitian ini untuk meningkatkan kemungkinan memperoleh hasil penelitian yang benar dan kredibel diantaranya:

a. Triangulasi

Kredibilitas hasil penelitian ditingkatkan dengan triangulasi yaitu penggunaan beberapa cara yang berbeda untuk menunjukkan kebenaran (Utarini, 2020). Jenis triangulasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1) Triangulasi Sumber Data

Dalam penelitian ini, jenis data yang ditriangulasi adalah orang atau informan dengan bidang dan latar belakang yang berbeda. Bidang dalam hal ini adalah struktural, fungsional, dan pelaksana, sedangkan latar belakang meliputi usia, jenis kelamin, masa kerja, dan profesi (farmasis, dokter, atau perawat).

2) Triangulasi Metode

Dalam penelitian ini, triangulasi metode dilakukan pada tingkat pengumpulan data, yaitu dengan metode FGD, wawancara mendalam, dan studi dokumen.

b. *Member Checking*

Member checking dalam penelitian ini dilakukan dengan mengembalikan data yang diperoleh dan telah diinterpretasikan (hasil transkrip) oleh peneliti kepada informan guna mendapatkan reaksi atau umpan balik. *Member checking* digunakan untuk meningkatkan kredibilitas hasil penelitian kualitatif, karena yang dapat menyatakan apakah hasil penelitian telah menggambarkan kebenaran menurut mereka yang menciptakan realita tersebut hanyalah informan penelitian (Utarini, 2020)..

2. *Transferability* (Transferabilitas)

Transferabilitas berkaitan dengan kemampuan generalisasi hasil penelitian, namun peneliti kualitatif tidak dapat mengeneralisasikan data menjadi konteks yang berbeda (Utarini, 2020). Untuk itu, *thick description* dengan cara mendeskripsikan secara lengkap dan kaya tentang konteks, tempat penelitian, proses yang dilakukan, serta hasil yang didapatkan, diterapkan oleh peneliti guna memudahkan pembaca menyimpulkan *transferability* (Utarini, 2020).

3. *Dependability/Auditability*

Dalam penelitian kualitatif, tiga strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan *dependability* antara lain triangulasi, *stepwise replication*, dan *inquiry audit* (Utarini, 2020). Pada penelitian ini, *dependability* ditingkatkan dengan triangulasi (telah dijelaskan sebelumnya) dan *inquiry audit*. Dosen pembimbing penelitian sebagai auditor independen akan melakukan *inquiry audit* terhadap penelitian ini untuk menilai apakah hasil penelitian ini mengacu pada kekonsistenan peneliti dalam mengumpulkan data, membentuk, dan menggunakan konsep-konsep ketika membuat interpretasi untuk menarik kesimpulan (Ambiyar & D, 2019).

4. *Confirmability*

Dalam penelitian kualitatif, *confirmability* lebih mengarah kepada kemampuan mengonfirmasi data (kualitas hasil penelitian), bukan karakteristik penelitiannya (Utarini, 2020). Untuk meningkatkan *confirmability*, peneliti dalam penelitian ini melakukan *audit trial* dengan membuat catatan, mulai dari proses penelitian, informasi tentang pemilihan teori, metodologi yang digunakan, hingga cara analisis agar dosen pembimbing penelitian sebagai auditor independen dapat menyimpulkan konfirmasi data penelitian (Utarini, 2020).

I. Etik Penelitian

Penelitian ini menerapkan prinsip etik sebagai berikut:

a. *Respect for persons* (menghormati orang)

Penelitian ini dilakukan dengan menghormati semua pilihan yang ditetapkan oleh informan dan peneliti bersikap tidak memaksakan kehendak.

b. *Beneficent* (memiliki manfaat)

Diharapkan penelitian ini dapat memberikan manfaat kepada informan penelitian dan rumah sakit.

c. *Justice* (keadilan)

Penelitian ini dilaksanakan dengan adil tanpa membeda-bedakan informan.

d. *Privacy* (menjaga kerahasiaan)

Peneliti dapat memastikan bahwa kerahasiaan data pribadi informan dijaga dengan baik dengan tidak menyebutkan maupun menyebarkan identitas dan data diri informan baik dalam laporan penelitian maupun bentuk lainnya.

e. *Informed consent*

Sebelum memulai penelitian, *informed consent* telah didapatkan peneliti setelah menjelaskan tujuan penelitian serta meminta kesediaan informan.

Untuk menjamin legalitas penelitian ini, peneliti telah mengajukan permohonan etik (*ethical clearance*) kepada Komisi Etik Penelitian Kesehatan RS PKU Muhammadiyah Gamping dan telah disetujui dengan nomor No. 033/KEP-PKU/II/2024.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Pada penelitian ini, peneliti mengolah dua data penelitian, yaitu angka insiden keselamatan pasien di tahun 2022 dan 2023 serta transkrip verbatim dari *focus group discussion* (FGD) dan wawancara mendalam (*in-depth interview*). Informan yang dilibatkan dalam wawancara mendalam sebanyak 2 informan yang merupakan Ketua dan Sekretaris Komite Mutu Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping. Sedangkan informan yang dilibatkan dalam FGD berjumlah 10 informan yang merupakan supervisor unit atau yang mewakili dari enam bangsal dan empat unit.

Sebelum pengambilan data dilakukan, peneliti menyampaikan tujuan penelitian, serta meminta informan mengisi lembar *informed consent* dan daftar hadir. Kemudian FGD dilakukan dengan dipandu oleh moderator dan wawancara mendalam oleh peneliti pada waktu yang berbeda. Pertanyaan yang diajukan terbagi menjadi tiga bagian: 1.) Segi *input*, terdiri dari 17 pertanyaan untuk informan wawancara mendalam dan 13 pertanyaan untuk informan FGD; 2.) Segi proses, terdiri dari 16 pertanyaan untuk informan wawancara mendalam dan 5 pertanyaan untuk informan FGD; 3.) Segi *output*, terdiri dari 3 pertanyaan untuk semua informan.

Baik FGD maupun wawancara mendalam dilakukan secara *offline* atau tatap muka, di mana FGD dilakukan secara berkelompok di ruang rapat di salah satu gedung rumah sakit tempat penelitian. Sedangkan wawancara mendalam dilakukan secara individual dengan mendatangi ruang kerja informan di rumah sakit. Setiap pertanyaan dalam panduan wawancara ditanyakan kepada informan dan dijawab secara lisan, di mana seluruh percakapan direkam dengan *audio recorder* yang kemudian ditranskrip secara verbatim oleh peneliti. Selain data kualitatif, data kuantitatif juga peneliti dapatkan berupa rekap angka insiden keselamatan pasien (IKP) yang terjadi di RS PKU Muhammadiyah Gamping pada tahun 2022 dan 2023.

1. Karakteristik Informan

Pada penelitian ini, total informan berjumlah 12 orang dengan rentang usia 25-30 tahun, berjenis kelamin perempuan sebanyak 9 orang dan laki-laki 3 orang. Profesi apoteker sebanyak 3 orang dan perawat 9 orang. Jabatan mayoritas informan adalah supervisor bangsal atau unit sejumlah 8 orang. Serupa dengan unit kerja, informan dari bangsal rawat inap juga terbanyak yaitu sebanyak 6 orang, disusul Komite Mutu 2 orang, dan sisanya berasal dari unit farmasi, IGD, dan hemodialisa. Mayoritas masa kerja informan yaitu 6-10 tahun, dengan yang terlama yaitu 25-30 tahun, dan terpendek 1-5 tahun. Sedangkan untuk pendidikan terakhir, mayoritas informan menempuh pendidikan profesi kesehatan.

Tabel 3. Karakteristik Informan

No.	Karakteristik Informan	Keterangan	Jumlah (N=12)	Persen (%)
1.	Usia	25-30 tahun	2	16,67
		31-35 tahun	5	41,67
		36-40 tahun	3	25,00
		41-45 tahun	0	0,00
		45-50 tahun	0	0,00
		51-55 tahun	2	16,67
		<i>Mean age</i>	12	37,16
	Total	12	100	
2.	Jenis Kelamin	Laki-laki	3	25,00
		Perempuan	9	75,00
		Total	12	100
3.	Profesi	Apoteker	3	25,00
		Perawat	9	75,00
		Total	12	100
4.	Jabatan	Supervisor Bangsal/Unit	8	66,67
		Perawat Penanggung Jawab Asuhan	1	8,33
		Perawat Pelaksana	1	8,33
		Ketua Komite Mutu	1	8,33
		Sekretaris Komite Mutu	1	8,33
		Total	12	100
		5.	Unit Kerja	Bangsal Rawat Inap
Farmasi Rawat Jalan	1			8,33
Farmasi Rawat Inap	1			8,33
Hemodialisa	1			8,33
IGD	1			8,33
Komite Mutu	2			16,67
Total	12			100
6.	Masa kerja	1 – 5 tahun	2	16,67
		6 – 10 tahun	6	50,00
		11 – 15 tahun	3	25,00
		16 – 20 tahun	0	0,00
		21 – 25 tahun	0	0,00
		25 – 30 tahun	1	8,33
		Total	12	100
7.	Pendidikan Terakhir	Diploma Keperawatan	1	8,33
		Pendidikan Profesi Perawat	3	25,00
		Pendidikan Profesi Apoteker	8	66,67
		Total	12	100

B. Analisis Data

1. Angka Insiden Keselamatan Pasien

Dari data rekapitulasi Komite Mutu RS PKU Muhammadiyah Gamping terhadap angka insiden keselamatan pasien di tahun 2022 dan 2023, oleh peneliti didapatkan hasil analisis sebagai berikut:

Tabel 4. Trend Insiden Keselamatan Pasien 2022

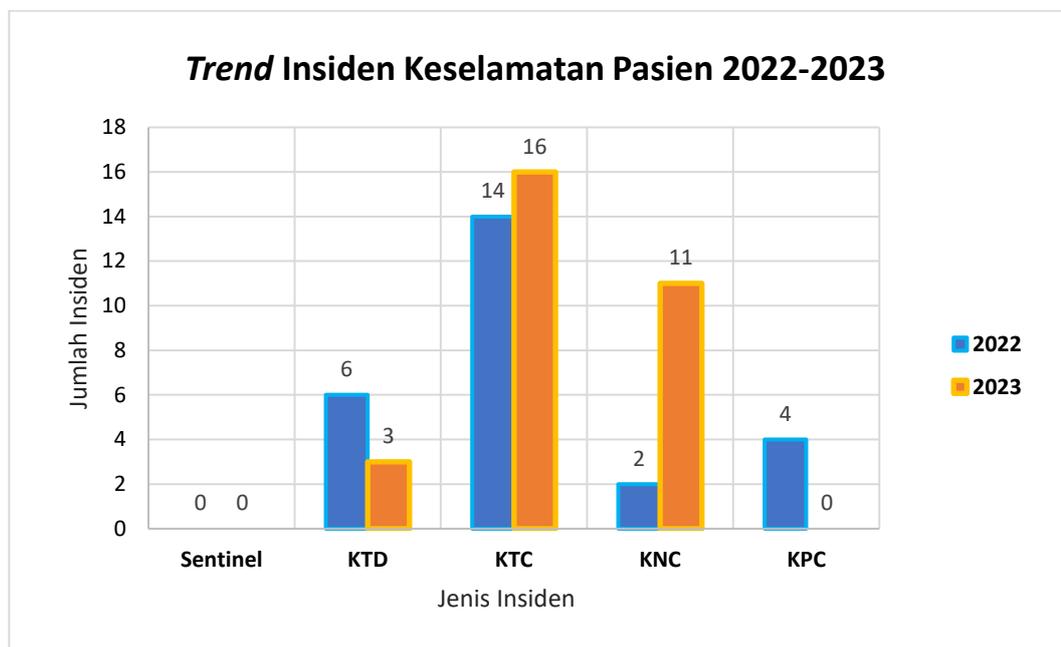
<i>Trend Insiden Keselamatan Pasien 2022</i>													
No.	Jenis Insiden	Bulan											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Sentinel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	KTD	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	2
3	KTC	0	1	0	0	0	0	1	1	4	3	3	1
4	KNC	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
5	KPC	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabel 5. Trend Insiden Keselamatan Pasien 2023

<i>Trend Insiden Keselamatan Pasien 2023</i>													
No.	Jenis Insiden	Bulan											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Sentinel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	KTD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
3	KTC	1	0	0	0	1	1	3	3	2	2	2	1
4	KNC	1	0	0	0	2	1	1	0	0	1	0	5
5	KPCS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabel 6. Trend Insiden Keselamatan Pasien 2022-2023

<i>Trend Insiden Keselamatan Pasien 2022-2023</i>			
No	Jenis Insiden	2022	2023
1	Sentinel	0	0
2	KTD	6	3
3	KTC	14	16
4	KNC	2	11
5	KPC	4	0
6	KPCS	0	0



Gambar 6. Grafik Trend Insiden Keselamatan Pasien 2022-2023

2. Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Dari transkrip verbatim FGD dan wawancara yang telah peneliti analisis secara tematik, didapatkan 101 kode, 18 kategori, dan lima tema. Kode-kode yang serupa, peneliti analisis dan kelompokkan menjadi kategori. Kategori-kategori yang serupa dikerucutkan menjadi tema, sebagai berikut:

Tabel 7. Analisis Kode, Kategori, dan Tema

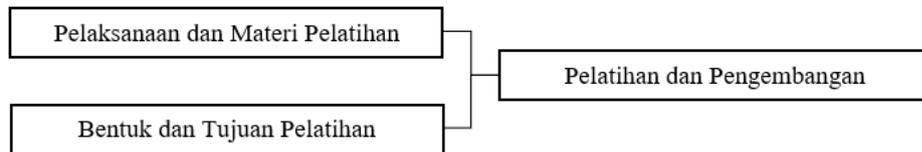
Tema	Kategori	Kode
1. Pelatihan dan Pengembangan	1. Pelaksanaan dan Materi Pelatihan	1. Waktu pelaksanaan pelatihan
		2. Ragam topik pelatihan
		3. Kepesertaan pelatihan

Tema	Kategori	Kode	
2. Manajemen dan Kebijakan	2. Bentuk dan Tujuan Pelatihan	4. <i>In-host training</i>	
		5. <i>Workshop</i>	
		6. Pelatihan rutin	
		7. Pelatihan sesuai hasil RCA	
	3. Tanggung Jawab Tim	8. <i>Refresh</i> materi dan pemahaman staf	
		9. Tanggung jawab PIC Mutu	
		10. Tanggung jawab Komite Mutu	
		11. Tanggung jawab Supervisor	
		12. Tanggung jawab Koor Shift	
	4. Pembentukan Struktur Tim	13. Tanggung jawab staf	
		14. Batasan tugas dan tanggung jawab jabatan	
		15. Pemilihan struktural dan PIC Mutu	
	5. Peran Pejabat Struktural	16. Pertimbangan pemilihan jabatan	
		17. Pemenuhan akreditasi	
	3. Proses Pelaporan dan Tindak Lanjut	6. Mekanisme Pelaporan	18. Keterlibatan Manajer
			19. Peran dan Keterlibatan Direktur
			20. Keterlibatan Direksi
21. Pelaporan di unit			
22. Tindak lanjut supervisor			
7. Laporan Insiden per Indikator		23. <i>Grading</i> insiden	
		24. Pelaporan ke sistem	
		25. Tindak lanjut Komite Mutu	
8. Tindak Lanjut dan Penyelesaian Insiden		26. Pelaporan tiap jenis insiden	
		27. Potensi Sentinel	
	28. Insiden berulang		
	29. Peningkatan jumlah insiden		
	30. <i>Regrading</i> insiden		
	31. Penentuan jenis analisis insiden		
	32. Metode penyelesaian insiden		
	33. Tindak lanjut insiden		
9. RCA dan Rekomendasi	34. Pengolahan dan analisis data		
	35. Laporan PMKP		
	36. Pelaporan eksternal		
		37. Tindak lanjut hasil	
		38. Rapat rutin Komite Mutu	
		39. Kebutuhan RCA	
		40. Rapat Tim RCA	

Tema	Kategori	Kode
4. Sumber Daya dan Insentif	10. Efektivitas Pelaporan	41. Waktu pelaksanaan RCA
		42. Rekomendasi tindak lanjut
		43. Tindak lanjut hasil RCA
		44. Alur pelaporan terkoordinir
		45. Efisiensi penanganan RCA
	11. Keterlibatan Sumber Daya Manusia	46. Pembelajaran unit
		47. Pencegahan pengulangan insiden
		48. Perbaikan dari insiden
		49. Peningkatan <i>patient safety</i>
		50. Ketepatan waktu pelaporan
	12. Akses Alat dan Teknologi	51. Keterlibatan struktural dan pelaksana
		52. Keterlibatan Komite Mutu
		53. Koordinasi tim efektif
		54. Kejelasan pembagian <i>jobdesc</i>
		55. Panduan dan pedoman pelaporan
13. Alokasi Dana	56. Formulir pelaporan	
	57. Integrasi sistem	
	58. SIRATU	
	59. Fleksibilitas dan kepemilikan akses	
	60. Kemudahan proses pelaporan	
14. <i>Reward</i> dan Apresiasi	61. Alat pengolahan data	
	62. Tidak ada dana khusus pelaporan	
	63. Pendanaan Komite Mutu	
	64. Pendanaan insiden dan perbaikan	
	65. Pengelolaan pendanaan	
5. Tantangan dan Kesulitan	15. Kendala Pelaporan dan Tindak Lanjut	66. Tidak ada <i>reward</i> khusus pelaporan
		67. <i>Reward</i> kualitas mutu unit
		68. Tidak ada <i>reward</i> untuk pelapor
		69. Efektivitas <i>reward</i>
		70. Tidak ada <i>punishment</i>
		71. Ketergantungan staf ke Supervisor
		72. <i>Jobdesc</i> pelaporan kurang jelas

Tema	Kategori	Kode
		73. Target pelaporan sulit dicapai
		74. Pengklasifikasian insiden terkendala
		75. Kebingungan menentukan tipe analisis insiden
		76. Kesulitan <i>grading</i> insiden
		77. Ketidaktelitian petugas
		78. Pelaporan butuh rekam medis
		79. Hambatan insiden ke petugas
		80. Insiden sama dan berulang
		81. Insiden tak dilaporkan
		82. Keterlambatan pelaporan
		83. Perbedaan tindak lanjut dan respon Tim Mutu
		84. Kemandirian staf untuk melapor
		85. Pelatihan untuk pelaksana
		86. <i>Follow-up</i> penggunaan panduan
		87. Sosialisasi kasus mingguan
		88. Kinerja pemeliharaan
	16. Hambatan Sumber Daya Manusia	89. Budaya takut melapor
		90. Kesadaran melapor kurang
		91. Ketidaktahuan petugas
		92. Adanya stigma
		93. Kekeliruan <i>mindset</i>
		94. Perubahan <i>mindset</i> berjemaah
		95. Beban pekerjaan tinggi
	17. Hambatan Manajemen	96. Ketimpangan peran struktural Mutu
		97. Pembagian <i>jobdesc</i> tidak ideal
		98. Tumpang tindih fungsi jabatan
	18. Kendala Alat dan Teknologi	99. Pedoman dan panduan tidak lengkap
		100. Perbaikan formulir pelaporan
		101. Perbaikan SIRATU

a. Pelatihan dan Pengembangan



Gambar 7. Pelatihan dan Pengembangan

Tema pertama dari evaluasi sistem pelaporan IKP adalah “*pelatihan dan pengembangan*”, tema ini menjelaskan jika salah satu bagian dari sistem pelaporan IKP di RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah pelatihan dan pengembangan. Tema ini berasal dari 2 kategori yaitu *pelaksanaan dan materi pelatihan* yang ditemukan dalam pernyataan informan melalui 3 kode berikut:

Tabel 8. Kode dan Kutipan Kategori 1.1

Kode	Kutipan
Waktu pelaksanaan pelatihan	<ul style="list-style-type: none"> • “Pelatihan pelaporan insiden dilaksanakan (di tahun) 2022..selama 1 hari..” (W01) • “Pelatihannya sudah ada, berkala, terakhir 2 tahun lalu sebelum akreditasi..” (W02) • “Satu hari, pagi sampai sore..”(F5) • “Pelatihan insiden sudah lama nggak dilakukan kembali, ketika mau akreditasi saja, hampir 2 tahun belum ada lagi..”(F1)
Ragam topik pelatihan	<ul style="list-style-type: none"> • “...materinya tentang prosedur pelaporan untuk yang di unit, investigasi sederhana untuk kepala ruang, tipe insiden seperti KTD, KNC, termasuk grading resiko.” (W01) • “...bagaimana cara pelaporan insiden, apa yang harus dilakukan, ketika ada insiden maka selanjutnya ada Root Cause Analysis (RCA) yang harus ditindaklanjuti. Pelatihannya tidak hanya terkait IKP tapi dibarengkan dengan terkait indikator mutu..”(W02) • “Bagaimana cara menginput di EMR, penulisan EMR, prosesnya sampai ke tim mutu, ada audit..” (F1)

Kode	Kutipan
	<ul style="list-style-type: none"> “...dijelaskan kejadian KTD, KNC, dan sebagainya, proses pengumpulan data, input lewat EMR..” (F6) “Pedoman pelaporan insiden disosialisasikan saat pelatihan.” (W01) “...secara keseluruhan apapun materi pelatihannya, goals-nya ke mutu..” (W02)
Kepesertaan pelatihan	<ul style="list-style-type: none"> “...diikuti PIC setiap unit ditambah masing-masing kepala ruangnya..”(W01) “Peserta pelatihannya Supervisor, perwakilan unit yang ditunjuk sebagai PIC, PJ Mutu (unit), atau Koordinator di unit...” (W02)

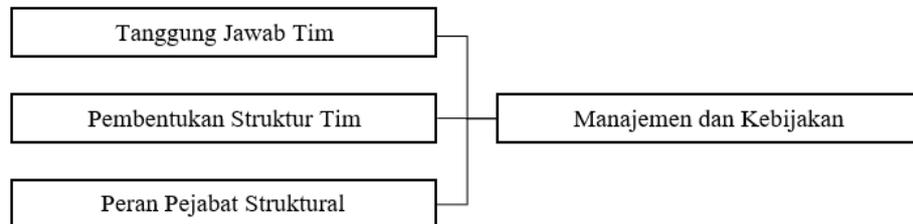
Kategori kedua adalah *bentuk dan tujuan pelatihan* yang ditemukan dalam pernyataan informan pada 5 kode berikut:

Tabel 9. Kode dan Kutipan Kategori 1.2

Kode	Kutipan
<i>In-host training</i>	<ul style="list-style-type: none"> “<i>In-host training dari Tim Mutu..</i>” (F6)
<i>Workshop</i>	<ul style="list-style-type: none"> “...jadi bentuknya workshop sehari dari pagi sampai sore dengan berbagai tema.”(W02)
Pelatihan rutin	<ul style="list-style-type: none"> “Komite Mutu mengadakan pelatihannya ada rutinan, tergantung kebutuhan temen-temen yang perlu direfresh lagi apa, kemarin itu sasaran keselamatan pasien, tentang indikator mutu. Jadi pelatihan itu rutin, cuman materi-materinya kita sesuaikan dengan kebutuhan.” (W02)
Pelatihan sesuai hasil RCA	<ul style="list-style-type: none"> “...Dari hasil RCA itu rekomendasinya, yang pertama dilakukan pelatihan ulang, refreshing kepada para perawat yang melakukan assessment jatuh dilakukan di 2023 kemarin..” (W01) “...Misal, pasien jatuh, dari hasil RCA itu penyebabnya perawatnya ternyata kurang aware, follow-up nya berarti kita reminding lagi nih, pelatihan SKP..” (W02)
<i>Refresh materi dan pemahaman staf</i>	<ul style="list-style-type: none"> “..tergantung kebutuhan temen-temen yang perlu direfresh lagi apa, Yang insiden keselamatan pasien tahun ini belum urgent (karena) temen-temen dipelaporannya masih

oke, berjalan dengan baik, jadi belum direfresh lagi. (W02)

b. Manajemen dan Kebijakan



Gambar 8. Manajemen dan Kebijakan

Tema kedua adalah “*manajemen dan kebijakan*” yang menjelaskan tentang bagaimana manajemen dan kebijakan diterapkan dalam sistem pelaporan IKP di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Tema ini terdiri dari 3 kategori, yaitu *tanggung jawab tim* dalam pernyataan informan yang teridentifikasi pada 6 kode berikut ini:

Tabel 10. Kode dan Kutipan Kategori 2.1

Kode	Kutipan
Tanggung jawab PIC Mutu	<ul style="list-style-type: none"> • “Yang bertanggung jawab di tingkat unit ya PIC keselamatan pasien (Mutu)..” (W01) • “Tugas PIC adalah bertanggung jawab atas pelaporan setiap insiden yang terjadi di unit ke sistem..” (W01)
Tanggung jawab Komite Mutu	<ul style="list-style-type: none"> • “...kalau (yang bertanggung jawab) di tingkat rumah sakit (adalah) Komite Mutu, karena salah satu tugas Komite Mutu adalah tentang Keselamatan Pasien.” (W01) • “...Tanggung jawab Komite Mutu dalam pelaporan hanya RCA, rekomendasi, dan rencana tindak lanjut.” (W01) • “...tim yang melakukan RCA termasuk Komite Mutu itu hanya sampai rekomendasi..” (W01) • “...Jadi kalau menurut saya, kalau insiden itu dilaporkan, insyaAllah Mutu akan menanggapi dengan baik nggih, karena disamping Mutu di PKU Gamping sudah jalan, tiap bulan sekali itu ada rapat

Kode	Kutipan
	<i>yang dihadiri oleh seluruh struktural (sebagai bentuk) pertanggungjawaban dari Tim Mutu itu..” (W01)</i>
Tanggung jawab Supervisor	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Kalau yang bertanggung jawab di masing-masing unit itu yang melaporkan Supervisor... untuk pelaporan dan lain-lain itu tanggung jawab Supervisor” (W02)</i>
Tanggung jawab Koor Shift	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Di (unit) Hemodialisa, seluruh kejadian pada shift yang bersangkutan (menjadi) tanggung jawab Koor Shift (untuk) merekap (insiden), selain pagi ada Supervisor..” (F6)”</i>
Tanggung jawab staf	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“...Ketika ada kejadian di unit, staf yang menemukan melapor SPV..” (W02)</i>
Batasan tugas dan tanggung jawab jabatan	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Tidak ada kesepakatan khusus, batasan perannya ada pada uraian tugas dan tanggung jawab dari PIC Mutu maupun Komite Mutu.” (W01)</i> • <i>“Tidak ada kesepakatan cakupan pekerjaan dalam peran masing-masing. Karena yang bertanggung jawab untuk semua pelaporan adalah Ketua Komite Mutu. Jadi saya sebagai Sekretaris, biasanya hanya dimintai masukan terhadap hasil laporan PMKP oleh Pak W01, kalau setelah saya baca ada tambahan ya saya kirim ke beliau.” (W02)</i> • <i>“...Jadi eksekusi tindak lanjut rekomendasi (RCA) bukan pada Komite Mutu. Mengeksekusi adalah tanggung jawab dari pejabat struktural yang terkait.” (W01)</i>

Kategori kedua adalah *pembentukan struktur tim* yang ditemukan dalam pernyataan informan pada 3 kode berikut:

Tabel 11. Kode dan Kutipan Kategori 2.2

Kode	Kutipan
Pemilihan struktural dan PIC Mutu	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“...kan ketua Pak W01 saya sekre, tapi waktu itu ceritanya mau akreditasi, kemudian muncul aturan “Ketua Mutu tidak boleh merangkap sebagai pejabat”, sedangkan Pak W01 sebelumnya adalah Manajer Mutu. Dari sekian orang yang masuk Pokja PMKP, yang bukan pejabat struktural adalah saya sendiri...makanya...yang dipasangkan di (posisi) ketua adalah yang bukan pejabat struktural, kemudian yang</i>

Kode	Kutipan
	<p><i>awalnya Pak W01 ketua kemudian turun di(posisi sekre.” (W02)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Yang menentukan PIC Mutu yang harus handle pelaporan insiden di setiap unit itu dari Supervisornya, karena yang tahu staf di unit itu, siapa yang lebih teliti, inisiatif, atau apa kan Supervisor. Jadi kita serahkan ke Supervisor, biasanya Supervisor setor nama..” (W02)</i> • <i>“...akhir tahun kemarin di sini itu ada duplikasi posisi dari Manajer Mutu dan Komite Mutu, padahal esensinya kenapa Komite Mutu itu tidak boleh menjadi pejabat struktural adalah karena Komite ini menilai teman-teman pejabat struktural, maksudnya staf-staf, kalau misalnya Komite Mutu adalah bagian dari pejabat kan akan konflik kepentingan. Makanya per 2024 ini Manajer Mutu dihilangkan, hanya ada Komite Mutu saja, dan itu kembali ke Pak W01.” (W02)</i>
Pertimbangan pemilihan jabatan	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Pertimbangannya dari penilaian Tim Mutu, kita anggap mereka bisa melaksanakan tugas dan mereka menyetujui, dan biasanya bermula dari usulan kepala unitnya, kepala ruangnya.” (W01)</i>
Pemenuhan akreditasi	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“...awalnya sebagai formalitas pemenuhan akreditasi, yang dipasangkan di Ketua adalah yang bukan pejabat struktural, kemudian selanjutnya anggota-anggotanya, sekrenya Pak W01, yang awalnya Pak W01 ketua kemudian turun di sekre.” (W02)</i> • <i>“Saya bergabung ke Tim Mutu 2022 akhir, waktu itu karena akreditasi...butuh ada nama saya terus dimasukkan..” (W02)</i>

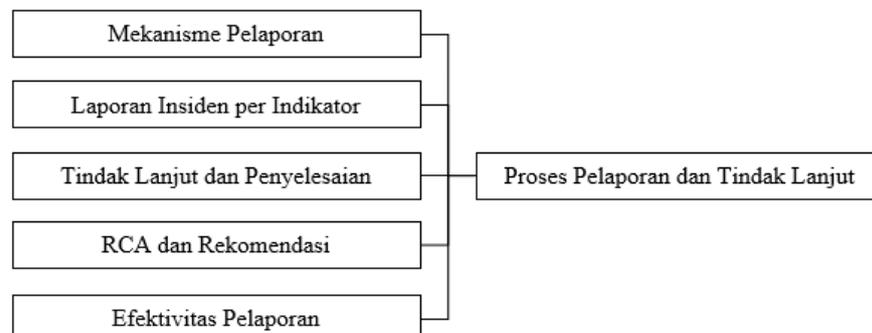
Kategori ketiga yaitu *peran pejabat struktural*, ditemukan pada pertanyaan informan yang terangkum dalam 3 kode berikut:

Tabel 12. Kode dan Kutipan Kategori 2.3

Kode	Kutipan
Keterlibatan Manajer	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“...Minggu ketiga itu rapat Mutu untuk semua unit, rapat besar semua supervisor, manajer, direktur diundang, terus dibahas satu-satu terkait indikator mutu unitnya, dari hasil capaian bulan sebelumnya..” (W02)</i>

Kode	Kutipan
	<ul style="list-style-type: none"> “...misal unit rawat inap itu di atasnya ada Manajer Pelayanan, nah Manajer Pelayanan itu yang melakukan investigasi sederhana..” (W01)
Peran dan keterlibatan Direktur	<ul style="list-style-type: none"> “...Hasil analisis berupa laporan PMKP kita sampaikan ke Direktur. Nanti Direktur menyampaikan ke pemilik, ke badan. Tapi kalau di laporan itu menyangkut unit-unit yang terkait, misalkan insiden, nanti Direktur akan mendisposisi..” (W02) “...Hasil analisis data berupa laporan PMKP tiap tiga bulan disampaikan ke Direktur oleh Komite Mutu. Dari hasil analisis tersebut muncul rekomendasi tindak lanjut yang harus mendapat persetujuan Direktur untuk pencairan dana perbaikan terkait insiden keluar..” (W01) “...Ketika itu muncul rekomendasi, sampai ke Direktur, Direktur memerintahkan bagian terkait untuk mengganti, gitu. Jadi eksekusi tindak lanjut rekomendasi bukan pada Komite Mutu. Mengeksekusi adalah tanggung jawab dari pejabat struktural yang terkait..” (W01)
Keterlibatan Direksi	<ul style="list-style-type: none"> “...cuman ya memang dalam realisasinya tidak bisa dari satu pihak saja, karena melibatkan banyak ya, dan pekerjaan kita juga memang banyak banget, jadi harus melibatkan Ketua Komite Mutu, atau bahkan menggandeng Direksi untuk bisa melakukan regulasi itu.” (W02)

c. Proses Pelaporan dan Tindak Lanjut



Gambar 9. Proses Pelaporan dan Tindak Lanjut

Tema ketiga adalah “*proses pelaporan dan tindak lanjut*” yang menjelaskan tentang bagaimana mekanisme pelaporan IKP berjalan di RS PKU Muhammadiyah Gamping dari awal insiden tersebut ditemukan hingga terselesaikan dan menjadi pembelajaran bagi rumah sakit. Tema ini terdiri dari lima kategori yaitu, *mekanisme pelaporan yang teridentifikasi* dari pernyataan informan melalui 5 kode berikut:

Tabel 13. Kode dan Kutipan Kategori 3.1

Kode	Kutipan
Pelaporan di unit	<ul style="list-style-type: none"> • “<i>PPJA (Perawat Penanggung Jawab Pasien) mengisi assesment risiko jatuh pada semua pasien. (Jika terjadi insiden), pertama lapor ke Supervisor, kemudian mengisi form kejadian insiden di sistem SIRATU, lalu dilanjutkan Supervisornya, dan ditindaklanjuti.</i>” (F3) • “<i>Pernah kejadian pasien jatuh, perawat yang jaga lapor ke Supervisor, mengisi laporan insiden kejadian risiko jatuh, kejadian malam, pagi sudah dimasukkan di sistem. Yang mengisi (laporan) boleh semua (staf) yang ada saat kejadian, tapi nanti diverifikasi Supervisor. Para staf sudah tahu saat ada kejadian insiden keselamatan harus segera dilaporkan..</i>” (F7) • “<i>Mekanisme di Farmasi, (pelaporan insiden) ditulis di buku operan, staf tau setiap kejadian harus ditulis di situ, pelaporan (ke SIRATU) oleh SPV, beberapa kali lebih dari 2 x 24 jam..</i>” (F2) • “<i>...penanggung jawab melaporkan (insiden) sesegera mungkin, SPV mengecek (laporan), klarifikasi dan diskusi grade (insiden) lalu sesegera mungkin melaporkan ke Tim Mutu..</i>” (F1) • “<i>Ketika ada kejadian, koordinator shift berdiskusi kronologis kejadian (dengan petugas lain) lalu melaporkan dan konfirmasi ke SPV bangsal, kemudian SPV mengisi laporan di EMR dan koordinasi dengan Tim Mutu, namun setiap staf bisa langsung menginput (insiden ke EMR).</i>” (F5) • “<i>Di (unit) Hemodialisa, seluruh kejadian pada shift yang bersangkutan (menjadi) tanggung jawab Koor Shift (untuk) merekap (insiden), selain pagi ada Supervisor, jadi dari observasi pasien durante HD sampai ada</i>

Kode	Kutipan
	<p><i>kejadian insyaallah termonitor, (insiden) selama 3 bulan (terekap) masuk semua di SIRATU, temen-temen udah ada aware untuk mengisi (laporan) di SIRATU.” (F6)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Sebelum masuk SIRATU, yang menemukan (insiden) menuliskan dulu kronologisnya, (lalu) konsultasi ke (Supervisor) dulu, Supervisor memverifikasi sudah benar baru dimasukkan (ke SIRATU), konsultasi dulu sebelum dimasukkan.” (F4)</i> • <i>“Kebetulan saya Koor Shift, di IGD, kalau ada insiden kami langsung lapor Mas Y (Supervisor), setau kami, kami tinggal lapor ke Mas Y nanti langsung diselesaikan sama Mas Y, (kami) lebih fokus ke pelayanan..” (F8)</i> • <i>“Setiap insiden keselamatan pasien dilaporkan mulai dari staf yang menemukan insiden, melapor ke PIC Mutu atau Supervisor, kemudian dari unit membuat laporan di SIRATU..” (W01)</i> • <i>“Yang pertama, siapapun petugas yang menemukan insiden membuat laporan, boleh hanya sampai kronologis kejadian, boleh sampai grading insiden..” (W01)</i> • <i>“...Ketika ada kejadian di unit, staf yang menemukan melapor SPV, Supervisor memberi tahu Komite Mutu, terus dibikin laporannya..” (W02)</i> • <i>“Jadi, pelaporan pertama itu biasanya ngga lewat laporan, tapi lewat WA atau telfon menginformasikan ke Supervisor, SPV segera membuat laporan kejadian (ke sistem)..” (W02)</i>
<p>Tindak Lanjut Supervisor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“...Kalau kejadian pas malem, subuh, atau weekend pas Supervisor ngga ada, yang Supervisor baru masuk sehari atau dua hari kemudian, nanti ketika SPV sudah aktif, baru akan klarifikasi kejadian ke staf yang menemukan, misal dari segi perawat A, B, C, D harus clear dulu kayak gimana, kalau udah ketemu kronologisnya atau sudah terselesaikan, baru dibikin laporan plus solusi yang sudah dilakukan apa, dan pencegahan yang bisa dilakukan selanjutnya, itu Supervisor semua yang melakukan. Karena kalau staf yang ada di lokasi kejadian hanya bisa menjelaskan, dia tahu miss nya dimana..” (W02)</i> • <i>“...Karena sistem pelaporannya kan masih ada penentuan grade itu, dan ngga semua staf ikut pelatihannya, hanya PJ Mutu unit dan Supervisornya, kemudian sebelum dimasukkan ke sistem itu harus melalui screening unit dulu, biar data yang dilaporkan itu sudah valid menurut unit..” (W02)</i>

Kode	Kutipan
	<ul style="list-style-type: none"> • “Sebelum masuk SIRATU, yang menemukan (insiden) menuliskan dulu kronologisnya, (lalu) konsultasi ke (Supervisor) dulu, Supervisor memverifikasi sudah benar baru dimasukkan (ke SIRATU), konsultasi dulu sebelum dimasukkan.” (F4) • “...SPV mengecek (laporan), klarifikasi dan diskusi grade (insiden) lalu sesegera mungkin melaporkan ke Tim Mutu..” (F1) • “Pelaporan ke Komite Mutu sebenarnya dari non Supervisor pun bisa, tapi selama ini Supervisor yang melaporkan..” (W02) • “Kalau yang bertanggung jawab (atas pelaporan insiden) di masing-masing unit itu yang melaporkan Supervisor..” (W02)
Grading insiden	<ul style="list-style-type: none"> • “...kemudian ditindaklanjuti PIC Mutu dan kepala ruang terkait gradingnya sebelum dikirim ke Komite Mutu..” (W01) • “..Grading insiden dilakukan kepala ruang dan PIC, tapi jika penemu insiden bisa membuat laporan sampai grading pun tidak masalah.” (W01) • “...SPV mengecek (laporan), klarifikasi dan diskusi grade (insiden)..” (F1)
Pelaporan ke sistem	<ul style="list-style-type: none"> • “...pelaporan (ke SIRATU) oleh SPV..” (F2) • “...kemudian SPV mengisi laporan di EMR..” (F5) • “...Supervisor memverifikasi sudah benar baru dimasukkan (ke SIRATU).” (F4) • “...SPV segera membuat laporan kejadian (ke sistem)..” (W02) • “Pelaporan menggunakan sistem SIRATU.” (W02) • “Yang memasukkan laporan ke SIRATU ngga harus Supervisor, tapi biasanya Supervisor. Karena sistem pelaporannya kan masih ada penentuan grade itu, dan ngga semua staf ikut pelatihannya, hanya PJ Mutu unit dan Supervisornya, kemudian sebelum dimasukkan ke sistem itu harus melalui screening unit dulu, biar data yang dilaporkan itu sudah valid menurut unit. Nanti setelah masuk sistem kan bisa discreening lagi sama Ketua Komite Mutu..” (W02) • “...setelah ditemukan insiden, dilaporkan oleh penemu insiden atau PIC di unitnya itu melalui sistem SIRATU. Kemudian setelah masuk ke sistem diterima oleh Komite Mutu..” (W01)

Kode	Kutipan
	<ul style="list-style-type: none"> • “Petugas penemu insiden boleh membuat laporan ke sistem, tidak harus PIC yang membuat, kepala ruangnya juga ngga masalah..” (W01) • “Di EMR, kemudian di situ ada SIRATU yang disitu ada pelaporan insiden, dengan memasukkan nomor rekam mediknya, kemudian nanti muncul formulir yang harus diisi, isinya sama seperti formulir di panduan KKP-RS Nasional...Di formulir pelaporan ada bagian yang wajib diisi dan tidak, jika bagian yang wajib diisi tidak diisi maka tidak akan bisa disubmit (ke sistem). Yang wajib diisi ada jenis insiden, lokasi kejadian, insiden terjadi pada siapa, unit kerja penyebab, dan dampak pada pasien. Kalau yang tidak wajib diisi masih kita toleransi jika memang tidak diisi.” (W01) • “...kemudian dari unit membuat laporan di SIRATU..” (W01) • “...Penulisan laporan di EMR, itu semua Supervisor..” (W02)
Tindak lanjut Komite Mutu	<ul style="list-style-type: none"> • “...kejadian malam, pagi sudah dimasukkan di sistem, setelah dua hari, Tim Mutu memanggil kita..” (F7) • “...Laporan masuk ke Komite Mutu kemudian ditindaklanjuti, ditentukan tipe analisis, kemudian pada insiden yang perlu RCA, RCA dilakukan bersama unit dan individu terkait insiden tersebut.” (W01) • “...setelah (laporan) masuk ke sistem, diterima oleh Komite Mutu, Komite Mutu akan me-regrading yang sebelumnya sudah digrading di unit.” (W01) • “...Terus Komite Mutu meregrading dan menindaklanjuti sesuai hasil regrading yang benar...selain dilaporkan ke SIRATU, IKP juga kita laporkan ke Kemenkes lewat laporan Mutu Fasyankes rutin setiap bulan, kalau tidak nanti ditegur oleh Kemenkes.” (W01) • “...SPV segera membuat laporan kejadian (ke sistem). Ketua Komite Mutu mengecek laporan apakah butuh diRCA atau tidak, langsung klarifikasi ke Supervisor atau penulis laporannya. Kalau yang butuh RCA, penulis, petugas yang terlibat saat kejadian, seluruh Komite Mutu kita undang, terus (didiskusikan) bareng-bareng untuk detail kejadian dan lain sebagainya, itu untuk yang RCA. Tapi ada juga yang tidak di RCA, yang pelaporan biasa, dan sudah (tidak ada pemanggilan).” (W02) • “...Kemudian (yang bertanggung jawab) untuk pelaporannya itu dari Komite Mutu, dari Ketua Komite Mutu, biasanya beliau juga ketika ada laporan ditanyakan

Kode	Kutipan
	<p><i>ke grup (Komite Mutu) ada yang mau ditambahkan atau sudah cukup?, atau sudah bisa dikumpulkan ke BPH?, ini ada revisi atau ngga di laporan ini?. Kalau ngga ya, yaudah. Tapi seringnya sudah oke, jadi ngga ada tambahan dari kita.” (W02)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Hasil pelaporan dilaporkan Komite Mutu ke BPH dan Kemenkes.” (W02)</i>

Kategori kedua adalah *laporan insiden per indikator*, ditemukan pada pernyataan informan dalam 4 kode berikut:

Tabel 14. Kode dan Kutipan Kategori 3.2

Kode	Kutipan
Pelaporan tiap jenis insiden	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Yang dilaporkan biasanya yang KNC sama KTD, yang KPC mboten, yang potensial-potensial itu tidak kita laporkan karena mungkin banyak ya, misalnya ada ban brankar gembos, ada kursi roda yang apa ini...penguncinya sudah tidak bagus itu tidak dilaporkan paling kita pelaporannya hanya ke pemeliharaan tapi tidak di laporan insiden.” (F1)</i> • <i>“...Insiden ada 2; ke pasien dan ke petugas. Rekanan insiden ke pasien ada di SIRATU karena kalau pasien udah pasti rawat inap jadi ada rekam medisnya di situ. Kalau insiden mengenai perawat (petugas), harus periksa ke IGD dulu biar ada rekam medisnya.” (F1)</i> • <i>“Di (SIRATU) kalau kerusakan sarana prasarana itu tidak bisa masuk ke sistem, karena (yang) kita masukkan pertama itu rekam medis.” (F1)</i> • <i>“Laporan per indikator sudah dijelaskan di dokumen regulasinya tentang insiden apa yang harus dilaporkan. Jenis insiden yang wajib dilaporkan ada 5 yaitu KTD, KNC, KTC, KPC Signifikan, dan Sentinel.” (W01)</i> • <i>“Sebenarnya KPC itu tidak harus dilaporkan, karena kalau itu dilaporkan tiap jam ada itu, sehingga yang dilaporkan adalah yang KPCS. KPCS itu kalau tidak segera diintervensi akan jadi Sentinel. Misalkan contoh, pasien jalan-jalan itu KPC karena potensial jatuh, kalau itu dilaporkan kan setiap saat harus melaporkan. Tapi kalau KPCS, kalau itu nanti terjadi itu akan jadi Sentinel, contohnya, perawat saat mau</i>

Kode	Kutipan
	<p><i>memasukkan insulin dosisnya berlebihan berkali-kali lipat, dan itu diketahui sebelum obat masuk, itu KPCS, artinya kalau obat itu disuntikkan ke pasien, kemungkinan besar akan jadi Sentinel, pasien meninggal dunia karena dosisnya berlebihan. Jadi yang sebenarnya dilaporkan untuk potensial itu memang yang potensial cederanya signifikan.” (W01)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Penjelasan mengenai KPCS, insiden KPCS yang perlu dilaporkan belum ada di buku pedoman pelaporan. KPCS baru muncul setelah panduan dibuat, sebelumnya KPC saja, jadi memang perlu direvisi lagi panduannya. Tapi sosialisasi KPCS sudah disampaikan ke PIC masing-masing unit sejak ada perubahan yang semula KPC yang dilaporkan menjadi KPCS yang dilaporkan.” (W01)</i> • <i>“Dari laporan-laporan insiden yang masuk, setelah dianalisis, sering sekali hasilnya sama, insiden terbanyak yaitu pasien jatuh dan medication error. Medication error terbanyak adalah salah penyiapan obat tapi seringnya sudah diketahui sebelum sampai terjadi kejadian, jadi masuk ke KNC.” (W01)</i> • <i>“Kalau LASA justru tidak sering terjadi di medication error karena penanganan LASA itu dimulai dari penyimpanannya tidak boleh berdekatan, harus ada sela minimal dua obat, kemudian penyiapannya didouble-check oleh bagian farmasi. Dan saat pemberiannya juga dilakukan double check oleh perawat saat akan memberikan. Untuk obat-obat yang masuk kategori LASA diidentifikasi dengan stiker. Ditempeli warna merah tulisan “LASA dan high alert”. (W01)</i> • <i>“(Insiden yang dilaporkan) ada KTD, KNC, KPC, KTC, Sentinel.” (W02)</i> • <i>“Kejadian yang dilaporkan kebanyakan sama. Dan kalau saya lihat trend di rumah sakit-rumah sakit lain ya memang kebanyakan seperti itu, terkait dengan medication error sama kalau di ruang rawat inap ya pasien jatuh itu.” (W01)</i>
Potensi Sentinel	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Minggu lalu juga ada kejadian, insulin yang diberikan oleh e.petugas farmasi tanpa identitas, tanpa high alert, tanpa dikasi es. Terus sudah sampai ke pasien, tapi ternyata ada etiketnya. Jadi nanti ada potensi suntikan dosisnya itu keliru dok, sama penyimpanan keliru, dan ngga ada double check karena ngga ada tempelan high alert. Jadi perlu ada</i>

Kode	Kutipan
	<p><i>definisi KPC signifikan apa yang harusnya dilaporkan dan menjadi perhatian, supaya tidak meningkat dari potensial menjadi cedera.” (F2)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“...Tapi memang kejadian KPCS itu kayaknya memang sejak 2022 ke sini belum pernah, atau mungkin malah dari tahun 2020 ke sini belum pernah.” (W01)</i> • <i>“...Tapi kalau KPCS, kalau itu nanti terjadi itu akan jadi Sentinel, contohnya, perawat saat mau memasukkan insulin dosisnya berlebihan berkali-kali lipat, dan itu diketahui sebelum obat masuk, itu KPCS, artinya kalau obat itu disuntikkan ke pasien, kemungkinan besar akan jadi Sentinel, pasien meninggal dunia karena dosisnya berlebihan..” (W01)</i>
<p>Insiden berulang</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“...Karena jujur saja insiden yang sekarang sering terjadi itu adalah pasien jatuh, itu selalu berulang-ulang, artinya kalau saya mengatakan efektif kok masih ada insiden lagi?, tapi kalau saya mengatakan tidak efektif, ketika kita lakukan kajian, pola penyebabnya agak beda juga, kecuali kalau penyebab yang sama kok terus-terusan, baru berarti tidak efektif.” (W01)</i> • <i>“Hasil analisis sementara, pasien jatuh masih sering terjadi dan berulang selain karena penyebabnya berbeda-beda, juga karena adanya ketidaksesuaian antara penentuan rencana intervensi pencegahan jatuh pada pasien dengan hasil pengkajian tingkat resiko jatuh pasien, ada rendah, sedang, dan tinggi. Maksudnya seperti ini, sebenarnya pasien itu tingkat jatuhnya tinggi, tapi karena proses pengkajiannya tidak tepat, hasilnya bukan resiko tinggi tapi sedang, sehingga intervensinya kan jadi kurang, yang harusnya diobservasi 2 jam sekali malah jadi 6-8 jam sekali, ya ketemunya pasien jadi jatuh. Jadi kalau kesimpulan pengkajiannya tidak sesuai dengan kondisi pasien, intervensinya kan pasti salah, tidak cukup signifikan untuk mencegah pasien jatuh. Nah itu lah yang menurut kami menjadi salah satu faktor yang menyebabkan risiko jatuhnya jadi tinggi.” (W01)</i> • <i>“Assesment pasien risiko jatuh dilakukan pada setiap pasien oleh petugas di unit, nah yang kami duga menjadi penyebab itu adalah kurang telitinya petugas dalam mengisi kuesioner, sehingga hasilnya menjadi tidak tepat, otomatis intervensinya juga salah.” (W01)</i> • <i>“Pasien jatuh setelah dianalisis, pola penyebabnya beda-beda. Ada yang penyebabnya dari faktor pasien sendiri, misalnya ke kamar mandi tiba-tiba tremor,</i>

Kode	Kutipan
	<p>kemudian nggilyer, lalu jatuh. Tapi kita tidak bisa menyalahkan pasien. Ada yang penyebabnya dari petugas kita, misal pasien tidak menawarkan bantuan BAB atau BAK secara kontinyu. Atau bahkan ada yang setelah kita analisa ternyata penyebabnya dari regulasi kita yang perlu diperbaiki, jadi perawat tidak salah kalau tidak melakukan, tapi pasien jadi jatuh” (W01)</p> <ul style="list-style-type: none"> • “...kejadian sering atau sama seperti LASA, salah dosis..” (F2)
Peningkatan jumlah insiden	<ul style="list-style-type: none"> • “Kejadian jatuh kan meningkat, kemudian ada yang KTD juga, lalu kita lakukan RCA..” (W01) • “Peningkatan KNC dari 2 insiden di 2022 menjadi 11 insiden di 2023, dan KTC dari 14 insiden di 2022 menjadi 16 insiden di 2023, kalau menurut analisa Komite Mutu, dilihat dari sisi positifnya yaitu kesadaran staf untuk melaporkan insiden itu meningkat. Bukan berarti yang tahun sebelumnya lebih rendah itu kejadiannya lebih rendah, bisa jadi kejadiannya lebih banyak tetapi tidak dilaporkan.” (W01).

Kategori ketiga adalah *tindak lanjut dan penyelesaian insiden* yang ditemukan dalam pernyataan informan melalui 9 kode berikut:

Tabel 15. Kode dan Kutipan Kategori 3.3

Kode	Kutipan
Regrading insiden	<ul style="list-style-type: none"> • “...Kemudian setelah masuk ke sistem diterima oleh Komite Mutu, Komite Mutu akan me-regrading yang sebelumnya sudah digrading di unit.” (W01) • “...Terus Komite Mutu meregrading dan menindaklanjuti sesuai hasil regrading yang benar.” (W01)
Penentuan jenis analisis insiden	<ul style="list-style-type: none"> • “Grading biru dan hijau, tanpa nunggu rapat, dari Komite Mutu langsung menghubungi atasan dari unit tersebut, misal unit rawat inap itu di atasnya ada Manajer Pelayanan, nah Manajer Pelayanan itu yang melakukan investigasi sederhana. Kalau grading kuning atau merah harus dengan RCA, RCA waktunya bisa sampai empat minggu, tapi kita biasanya ngga lewat dari itu.” (W01) • “...Laporan masuk ke Komite Mutu kemudian ditindaklanjuti, ditentukan tipe analisis, kemudian

Kode	Kutipan
Metode penyelesaian insiden	<p>pada insiden yang perlu RCA, RCA dilakukan bersama unit dan individu terkait insiden tersebut..” (W01)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • “Metode penyelesaian masalah IKP tergantung gradingsnya. Grading hijau dan biru dengan investigasi sederhana, grading kuning dan merah dengan RCA. Baik investigasi sederhana maupun RCA hasilnya berupa rekomendasi. Rekomendasi itu tidak harus PDCA atau PDSA. Tapi kalau rencana perbaikan itu memang bisa pilih yang PDSA atau PDCA, kalau itu terkait dengan pengukuran indikator mutu. Kalau terkait dengan pengukuran indikator mutu, setelah dianalisis, direncana tindak lanjut, kita pakai yang PDSA, yang study. Metode penyelesaian untuk rencana perbaikan indikator mutu dan pelaporan insiden berbeda.” (W01)
	<ul style="list-style-type: none"> • “...seperti kejadian (jatuh) di tempat Pak F7, setelah ditelusuri Tim Mutu menggunakan sirip ikan kenapa kok berulang terjadi, 3 kali (di) 3 bulan ini, di kamar mandi semuanya, setelah ditelaah ternyata SOP-nya itu bunyinya kurang menukik ke bantuan toileting, dari Tim Mutu akhirnya disepakati untuk memberikan usulan (yaitu) perbaikan pedoman dan SOP, (feedback) dari Ketua Komite Mutu yang perlu dievaluasi adalah pedomannya karena SOP-nya sudah rinci menggambarkan langkah-langkah yang harus dilakukan.”
Tindak lanjut insiden	<ul style="list-style-type: none"> • “Tergantung grading-nya...kalau grading-nya biru atau hijau, maka kita kembalikan ke Kepala Unitnya untuk dilakukan investigasi sederhana. Tapi kalau grading-nya kuning atau merah, nah itu baru lebih luas lagi keterlibatannya, melibatkan beberapa unit atau person yang terkait dengan insiden itu karena harus diselesaikan dengan RCA (Root Cause Analysis).” (W01)
	<ul style="list-style-type: none"> • “Ketua Komite Mutu mengecek laporan apakah butuh diRCA atau tidak, langsung klarifikasi ke Supervisor atau penulis laporannya. Kalau yang butuh RCA, penulis, petugas yang terlibat saat kejadian, seluruh Komite Mutu kita undang, terus (didiskusikan) bareng-bareng untuk detail kejadian dan lain sebagainya, itu untuk yang RCA. Tapi ada juga yang tidak di RCA, yang pelaporan biasa, dan sudah (tidak ada pemanggilan).” (W02) • “...kejadian sering atau sama seperti LASA, salah dosis, penyelesaiannya internal, belum ada tindak

Kode	Kutipan
	<p>lanjut dari Tim Mutu, (kalau kejadian) salah obat atau yang berefek ke pasien, KTD biasanya ada tindak lanjut (Tim Mutu), dibahas sampai Mutu.” (F2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Salah obat ditindaklanjuti sampai (Tim) Mutu 3 bulan lalu..” (F1) • “Kebetulan saya Tim Mutu, jadi setelah ada kejadian, Tim Mutu akan membahas tindak lanjutnya perlu sejauh mana, seperti kejadian jatuh (itu) evaluasinya dilihat dari berbagai sisi, jangan-jangan SOP-nya yang sudah tidak relevan, jangan-jangan panduannya yang harus di-update, jangan-jangan orangnya yang tidak mengikuti SOP..” (F2) • “Kemudian di sistem EMR, kendala teman-teman selama ini ternyata masih kesulitan memilih tindakan pencegahan dari assesment jatuh, ini masuk dalam pencegahan risiko rendah, sedang, atau tinggi, jadi juga (dilakukan) perubahan EMR berupa penekanan dalam pemilihan risiko jatuh..” (F1) • “Cedera yang signifikan kan hanya dilaporkan di unit, dan itu mungkin nanti pelaporannya langsung masuk ke Tim Mutu, cuman untuk tindak lanjutnya tidak langsung segera karena kan mungkin KNC dan lain-lain. Tapi kalau kejadian jatuh, KTD yang sampai ada cedera biasanya responnya lebih cepat, kita langsung lapor via japri ke Tim Mutu, juga laporan di sistem.” (F5) • “...kejadian setengah lima, saya dilaporin jam lima, langsung ditelfon. Pelaksana menulis kronologi, terus di WA, japri pribadi, besoknya saya cross check ulang, baru saya menulis di kronologi laporan insiden. (Setelah memasukkan SIRATU), terus dua hari (setelah kejadian langsung ditanggapi tim Mutu), sebelum 2x24 jam..” (F9) • “Di bangsal saya pernah ada kejadian pasien jatuh karena pakai kateter tapi ke kamar mandi lalu tersrimpet, saat itu pasien ditinggal sendiri, dan tidak ada bel panjang di Kelas III, terus jatuh dan ada luka di pelipis di jahit 3. Alhamdulillah temen-temen menulis kronologi kejadian tersebut, setelah itu dari saya langsung lapor ke Mutu, dan paginya menulis di laporan kejadian. 2 hari kemudian dari Mutu memanggil untuk cross check kejadian dan tindak lanjutnya (yaitu) mengadakan bel panjang di setiap bed.” (F9)

Kode	Kutipan
	<ul style="list-style-type: none"> • “Kejadian pasien serangan jantung di dalam kamar mandi, tapi karena ternyata di seluruh bangunan di rumah sakit sini itu semuanya masih pakai grendel, jadi proses evakuasinya kita kesulitan karena terkunci. Kemudian dari situ pelaporan langsung dilaporkan dan langsung ditindaklanjuti Tim Mutu. Selain keurgentannya dilihat dari pasien, tim dokter jaga code blue, dan lain-lain sudah bergerak. Dari situ kami lakukan analisis kemudian menjadikan rekomendasi bahwa tidak safety kamar mandi di rumah sakit itu dengan slot. Sehingga kemarin sudah dilakukan penggantian untuk slot itu (dengan) kunci yang lebih safety dok.” (F5) • “Di (bangsal) N, anak-anak itu jatuh karena bed-nya yang digunakan itu bed dewasa. Jadi anak-anak itu mbrobos ke sela-selanya itu. Nah itu dengan cepat nggih, sudah terealisasi dengan bertahap, bed-bednya itu tidak mengadakan bed baru tetapi memodifikasi, misalnya harga bed (baru) satunya enam juta paling murah kalau yang kelas III itu, dengan modifikasi hanya membutuhkan 1,8 (juta). Jadi mungkin (dari segi) pembiayaan, ngga harus baru yang (peting) aman.” (F1)
Pengolahan dan analisis data	<ul style="list-style-type: none"> • “Ketua dan sekretaris (Komite Mutu) yang membuat pengolahan, tapi di laporan hasil dituliskannya ya Komite Mutu yang melakukan, draft pengolahan disampaikan di rapat rutin Komite Mutu minggu kedua atau keempat.” (W01) • “Kita mengolah data pakai excel saja, sudah cukup membantu, karena memang tidak perlu analisis yang lebih rumit. Hanya memnbentuk trend (insiden), membandingkan dari waktu ke waktu.” (W01) • “Kalau IKP hanya disajikan dalam bentuk tabel, dari tabel itu kan bisa lihat trend juga bulan ini berapa, bulan berikutnya berapa, sebelumnya berapa. Karena membandingkannya dari waktu ke waktu saja.” (W01) • “Kita analisis datanya setiap tiga bulan sekali Jadi periode Januari – Maret kita olah di bulan April, kemudian yang sampai Juni kita olah di bulan Juli, dan berikutnya setiap tiga bulan. Hasilnya berupa laporan PMKP kita sampaikan ke Direktur.” (W01) • “Analisis datanya kan membandingkan data insiden dengan standar, membandingkan dengan target, khusus insiden kan tidak ada targetnya, tidak ada

Kode	Kutipan
	<p><i>standarnya, hanya membandingkan trendnya dari waktu ke waktu.” (W01)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Setiap tabel yang disajikan itu kan dianalisa. Dari analisa itu nanti muncul juga rekomendasi tindak lanjutnya. Trendnya meningkat, analisisnya “Oh mungkin ini sudah agak jenuh atau mungkin keilmuannya sudah mulai luntur lagi”. Nanti rekomendasinya dengan refreshing. Misalnya yang risiko jatuh kemarin itu ada rekomendasi untuk penyegaran tentang intervensi pencegahan jatuh sampai dengan merubah regulasi bahkan. Kalau yang dulu itu, yang bed anak-anak, rekomendasinya muncul bed rail yang lebih rapat.” (W01)</i> • <i>“Tidak ada kendala karena memang tidak perlu analisis yang lebih rumit” (W01)</i>
<p>Laporan PMKP</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“...Rekap laporan per tiga bulan dianalisis Komite Mutu dan muncul rekomendasi serta rencana tindak lanjut yang kemudian disampaikan ke Direktur berupa laporan PMKP. Tanggung jawab Komite Mutu dalam pelaporan hanya RCA, rekomendasi, dan rencana tindak lanjut.” (W01)</i> • <i>“Hasil analisis data berupa laporan PMKP tiap tiga bulan disampaikan ke Direktur oleh Komite Mutu..” (W01)</i> • <i>“Laporan PMKP disampaikan Direktur ke pemilik dan badan RS..” (W01)</i> • <i>“...biasanya Ketua Komite Mutu juga ketika ada laporan (PMKP) ditanyakan ke grup (Komite Mutu) ada yang mau ditambahkan atau sudah cukup?, atau sudah bisa dikumpulkan ke BPH?, ini ada revisi atau ngga di laporan ini?. Kalau ngga ya, yaudah. Tapi seringnya sudah oke, jadi ngga ada tambahan dari kita.” (W02)</i>
<p>Pelaporan eksternal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“...selain dilaporkan ke SIRATU, IKP juga kita laporkan ke Kemenkes lewat laporan Mutu Fasyankes rutin setiap bulan, kalau tidak nanti ditegur oleh Kemenkes.” (W01)</i>
<p>Tindak lanjut hasil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Salah satu insiden pasien anak jatuh karena rail bed kurang rapat itu juga hasil dari RCA secara tepat waktu, tapi kalau untuk pelaksanaan perbaikan bed rail bisa lebih dari 2 bulan, tapi kalau selesai RCA-nya kita selalu diantara batasan waktu yang telah ditetapkan (KKP RS Nasional).” (W01)</i>

Kode	Kutipan
	<ul style="list-style-type: none"> • “Jenis insiden yang perlu di RCA, unit-unit terkait insiden dan individu yang terlibat dalam insiden diundang dalam rapat Komite Mutu untuk membahas insiden atau menganalisis RCA secara bersama-sama..” (W01) • “...Dari hasil analisis tersebut muncul rekomendasi tindak lanjut yang harus mendapat persetujuan Direktur untuk pencairan dana perbaikan terkait insiden keluar..” (W01)
Rapat rutin Komite Mutu	<ul style="list-style-type: none"> • “Rekap laporan insiden per dua minggu disampaikan Ketua Komite Mutu dalam rapat rutin Komite Mutu, baik insiden grade biru, hijau, kuning, atau merah. Kalau hasil regrading-nya kuning dan merah, pertemuan itu juga kita pakai untuk RCA, jadi kalau yang dibutuhkan RCA, pertemuannya akan diperluas, selain Komite Mutu, juga ditambah dengan unit-unit atau orang-orang yang terkait dengan temuan itu, yang materi RCA itu.” (W01) • “Per tahun ini ada rapat rutin Komite Mutu setiap bulan di minggu kedua, ketiga, dan keempat, kalau tahun lalu kita setiap minggu. Tahun ini, yang di minggu kedua dan keempat itu rapat khusus Komite Mutu. Minggu ketiga itu rapat Mutu untuk semua unit, rapat besar semua supervisor, manajer, direktur diundang, terus dibahas satu-satu terkait indikator mutu unitnya, dari hasil capaian bulan sebelumnya. Misal kita rapat bulan Maret, maka disampaikan hasil bulan Februari, ini ada insidennya berapa, kemudian hasil mutunya gimana, apakah sesuai target atau ngga, apakah terjadi penurunan atau ngga, kemudian dari pasien ada masukan apa, terkait apa. Biasanya dibahas juga itu review dan survei kepuasan pasien terhadap pelayanan. Di situ dibahas masukan-masukan pasien yang perlu perhatian dari banyak unit.” (W02) • “...tiap bulan sekali itu ada rapat yang dihadiri oleh seluruh struktural (sebagai bentuk) pertanggung-jawaban dari Tim Mutu itu.” (F1)

Kategori keempat adalah *RCA* dan rekomendasi yang ditemukan dalam pernyataan informan yang teridentifikasi melalui 5 kode berikut:

Tabel 16. Kode dan Kutipan Kategori 3.4

Kode	Kutipan
<p>Kebutuhan RCA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Ketua Komite Mutu mengecek laporan apakah butuh diRCA atau tidak, langsung klarifikasi ke Supervisor atau penulis laporannya. Kalau yang butuh RCA, penulis, petugas yang terlibat saat kejadian, seluruh Komite Mutu kita undang, terus (didiskusikan) bareng-bareng untuk detail kejadian dan lain sebagainya, itu untuk yang RCA. Tapi ada juga yang tidak di RCA, yang pelaporan biasa, dan sudah (tidak ada pemanggilan).” (W02)</i>
<p>Rapat dan Tim RCA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“...Untuk RCA, yang terlibat supervisor, staf yang terlibat, dan juga Komite Mutu..” (W02)</i> • <i>“...melibatkan beberapa unit atau person yang terkait dengan insiden itu karena harus diselesaikan dengan RCA (Root Cause Analysis).” (W01)</i> • <i>“RCA dirapatkan bersama unit dan individu terkait pada rapat Komite Mutu minggu kedua atau keempat.” (W01)</i> • <i>“Jenis insiden yang perlu di RCA, unit-unit terkait insiden dan individu yang terlibat dalam insiden diundang dalam rapat Komite Mutu untuk membahas insiden atau menganalisis RCA secara bersama-sama. Misalkan contoh, pasien jatuh karena lantainya licin, berarti kan ada dari unit sanitasi, ada dari cleaning service gitu, itu kita undang. Nah itu yang difasilitasi di pertemuan di minggu kedua atau keempat. Kalau pas ngga ada kejadian ya yang pertemuannya Komite Mutu saja. Tapi kalau ada yang perlu dibahas dalam bentuk Root Cause Analysis itu ditambah dengan unit-unit yang terkait dengan pembahasan di insiden itu.” (W01)</i> • <i>“Seharusnya yang benar itu untuk setiap insiden yang butuh RCA harus dibentuk tim RCA, jadi ketika mau membahas insiden KTD A, berarti dibentuk tim RCA KTD A, nanti ada KTD lagi, bentuk tim lagi untuk membahas KTD itu, tim tersebut di SK-kan, tapi karena kita anggap terlampau lama lah kalau kita perlu SK, toh juga orangnya itu-itu saja yang membahas, Komite Mutu pasti punya kemampuan untuk RCA ditambah unit-unit yang terkait, biar punya masukan yang pas, kemudian juga pembelajaran yang pas juga untuk unit-unit yang terkait itu.” (W01)</i>

Kode	Kutipan
<p>Waktu pelaksanaan RCA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Salah satu insiden pasien anak jatuh karena rail bed kurang rapat itu juga hasil dari RCA secara tepat waktu, tapi kalau untuk pelaksanaan perbaikan bed rail bisa lebih dari 2 bulan, tapi kalau selesai RCA-nya kita selalu diantara batasan waktu yang telah ditetapkan (KKP RS Nasional).” (W01)</i>
<p>Rekomendasi tindak lanjut</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Kejadian jatuh kan meningkat, kemudian ada yang KTD juga, lalu kita lakukan RCA. Dari hasil RCA itu rekomendasinya, yang pertama dilakukan pelatihan ulang, refreshing kepada para perawat yang melakukan assesment jatuh dilakukan di 2023 kemarin. Kemudian yang kedua, ternyata dari RCA itu ada juga andil dari panduan yang dibuat, ada satu item yang mestinya ada tapi yang dulu belum ada gitu, kemudian kita tambahkan. Jadi dari sisi regulasi ada perbaikan, kemudian dari sisi pelaksanaannya ada refreshing untuk assesment jatuh termasuk juga upaya intervensi pencegahannya.” (W01)</i> • <i>“Hasil analisis RCA bisa muncul rekomendasi perbaikan regulasi, salah satunya regulasi yang sudah kami ubah yaitu terkait pengawasan pasien resiko tinggi jatuh setiap dua jam sekali, yang sebelumnya tidak muncul di regulasi.” (W01)</i>
<p>Tindak lanjut hasil RCA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Kalau analisis RCA, setelahnya yaitu follow up ke unit yang terlibat disesuaikan dengan hasil solusi dan pencegahan insiden tersebut agar tidak terjadi lagi. Misal, pasien jatuh, dari hasil RCA itu penyebabnya perawatnya ternyata kurang aware, follow-up nya berarti kita reminding lagi nih, pelatihan SKP. Terus kalau karena lantainya licin, kita follow-up kan di pemeliharaan, untuk dicek lantai. Atau mungkin pasien terkunci di kamar mandi sampai pingsan kayak gitu misal, ternyata karena handle kuncinya, itu nanti follow-up nya berarti untuk evaluasi handle kunci dan penggantian handle kunci di seluruh kamar mandi di rumah sakit.”</i> • <i>“Hasil analisis RCA berupa akar penyebab insiden disosialisaikan Komite Mutu ke unit terkait dan unit-unit lain dalam bentuk laporan yang itu ada di sistem dan bisa dibuka di semua tempat. Kalau itu sudah dalam bentuk publish itu kita tidak akan menyebut lagi unit mana, jadi orang tidak akan tahu “ini unit mana sih?”, hanya sebagai pembelajaran itu, misalkan ini ada pasien jatuh di kamar mandi, ya kita menyebutnya hanya sebatas “pasien jatuh di kamar</i>

Kode	Kutipan
	<p><i>mandi” tidak sampai ke ruang, A, B, atau C. Karena kan tujuan utamanya kan sebagai pembelajaran kan ya, pembelajaran untuk unit itu supaya tidak terjadi di waktu yang akan datang, pembelajaran di unit lain supaya kejadian itu tidak terjadi di unit selain unit itu.” (W01)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Jadi tim yang melakukan RCA termasuk Komite Mutu itu hanya sampai rekomendasi. Kemudian untuk eksekusinya ada pada struktural, pada rumah sakit. Misalkan, contoh, yang RCA akhirnya merapatkan jari-jari bed itu ya kita merekomendasikan berdasarkan penyebabnya, rekomendasinya “(Bed) yang jari-jari(nya) terlampau longgar untuk pasien anak-anak maka harus dirapatkan. Ketika itu muncul rekomendasi, sampai ke Direktur, Direktur memerintahkan bagian terkait untuk mengganti, gitu. Jadi eksekusi tindak lanjut rekomendasi bukan pada Komite Mutu. Mengeskekusi adalah tanggung jawab dari pejabat struktural yang terkait.” (W01)</i>

Kategori kelima adalah *efektivitas pelaporan* yang terdapat dalam pernyataan informan pada 7 kode berikut :

Tabel 17. Kode dan Kutipan Kategori 3.5

Kode	Kutipan
<p>Alur pelaporan terkoordinir</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Yang pertama, siapapun petugas yang menemukan insiden membuat laporan, boleh hanya sampai kronologis kejadian, boleh sampai grading insiden, kemudian ditindaklanjuti PIC Mutu dan kepala ruang terkait gradingnya sebelum dikirim ke Komite Mutu. Terus Komite Mutu meregrading dan menindaklanjuti sesuai hasil regrading yang benar.” (W01)</i>
<p>Efisiensi penanganan RCA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Seharusnya yang benar itu untuk setiap insiden yang butuh RCA harus dibentuk tim RCA, jadi ketika mau membahas insiden KTD A, berarti dibentuk tim RCA KTD A, nanti ada KTD lagi, bentuk tim lagi untuk membahas KTD itu, tim tersebut di SK-kan, tapi karena kita anggap terlampau lama lah kalau kita perlu SK, toh juga orangnya itu-itu saja yang membahas, Komite Mutu pasti punya kemampuan untuk RCA ditambah unit-unit yang terkait, biar punya masukan yang pas, kemudian juga</i>

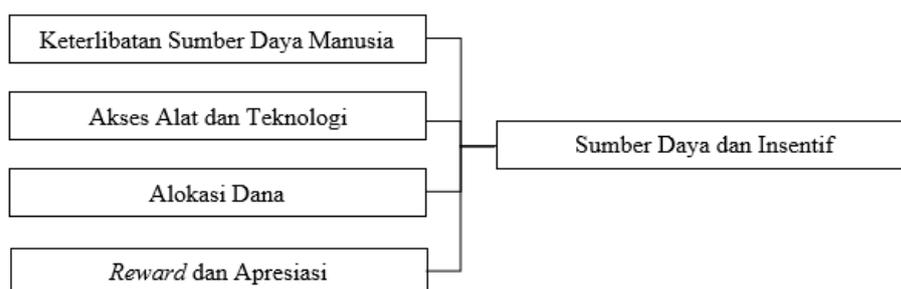
Kode	Kutipan
	<p><i>pembelajaran yang pas juga untuk unit-unit yang terkait itu.” (W01)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“...selesai RCA-nya kita selalu diantara batasan waktu yang telah ditetapkan (KKP RS Nasional).” (W01)</i>
<p>Pembelajaran unit</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Kemarin kejadian (jatuh), dari pembelajaran itu, (bel) sudah diganti semua, jadi mungkin kita tingkatkan lagi di edukasi terkait penggunaan kunci tanpa slot itu tadi, bagaimana kalau nanti tiba-tiba terkunci dari dalam, apa yang harus dilakukan oleh keluarga atau dari temen-temen perawat? Kan bisa menggunakan sendok itu untuk emergency-nya... kita coba dan kita peragakan juga ke keluarga pasien, karena ternyata dengan itu pun ada resiko terkunci juga, caranya dengan sendok itu sebagai kunci darurat dan berhasil.” (F5)</i> • <i>“...Komite Mutu pasti punya kemampuan untuk RCA ditambah unit-unit yang terkait (untuk Tim RCA), biar punya masukan yang pas, kemudian juga pembelajaran yang pas juga untuk unit-unit yang terkait itu.” (W01)</i> • <i>“...Kalau (laporan PMKP) itu sudah dalam bentuk publish itu kita tidak akan menyebut lagi unit mana, jadi orang tidak akan tahu “ini unit mana sih?”, hanya sebagai pembelajaran itu, misalkan ini ada pasien jatuh di kamar mandi, ya kita menyebutnya hanya sebatas “pasien jatuh di kamar mandi” tidak sampai ke ruang, A, B, atau C. Karena kan tujuan utamanya kan sebagai pembelajaran kan ya, pembelajaran untuk unit itu supaya tidak terjadi di waktu yang akan datang, pembelajaran di unit lain supaya kejadian itu tidak terjadi di unit selain unit itu.” (W01)</i> • <i>“Untuk memastikan setiap unit membuka laporan (PMKP) tersebut tidak dilakukan. Tapi di setiap minggu ketiga itu ada pertemuan untuk seluruh unit kerja yang itu memang pertemuannya untuk Mutu, seluruh struktural ikut di situ, artinya seluruh unit terwakili, nah itu juga kita komunikasikan di situ.” (W01)</i> • <i>“...sosialisasi hasil pembelajaran itu dari Komite Mutu, untuk saat ini Pak W01 saja. Beliau yang melaporkan saat rapat tentang temuan insiden termasuk pencegahan dan pembelajarannya, difloorkan biar di unit-unit lain tidak terjadi hal yang</i>

Kode	Kutipan
	<p>sama, tanpa menyebutkan unit, tanpa menyebutkan nama..” (W02)</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Hasil kesimpulan analisis insiden, disosialisasi-kan lewat laporan yang bisa diakses semua unit sebagai pembelajaran..” (W01)
<p>Pencegahan pengulangan insiden</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “...Dari situ kami lakukan analisis kemudian menjadikan rekomendasi bahwa tidak safety kamar mandi di rumah sakit itu dengan slot. Sehingga kemarin sudah dilakukan penggantian untuk slot itu (dengan) kunci yang lebih safety dok.” (F5) • “...Nah setelah itu, sampai...saat ini tidak ada lagi kejadian terkunci di dalam (kamar mandi)..” (F5)
<p>Perbaikan dari insiden</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Kemarin kejadian (jatuh), dari pembelajaran itu, (bel) sudah diganti semua..” (F5) • “...seperti kejadian (jatuh) di tempat Pak F7, setelah ditelusuri Tim Mutu menggunakan sirip ikan kenapa kok berulang terjadi, 3 kali (di) 3 bulan ini, di kamar mandi semuanya, setelah ditelaah ternyata SOP-nya itu bunyinya kurang menukik ke bantuan toileting, dari Tim Mutu akhirnya disepakati untuk memberikan usulan (yaitu) perbaikan pedoman dan SOP, (feedback) dari Ketua Komite Mutu yang perlu dievaluasi adalah pedomannya karena SOP-nya sudah rinci menggambarkan langkah-langkah yang harus dilakukan. Kemudian di sistem EMR, kendala teman-teman selama ini ternyata masih kesulitan memilih tindakan pencegahan dari assesment jatuh, ini masuk dalam pencegahan risiko rendah, sedang, atau tinggi, jadi juga (dilakukan) perubahan EMR berupa penekanan dalam pemilihan risiko jatuh.” (F1) • “...Dari situ kami lakukan analisis kemudian menjadikan rekomendasi bahwa tidak safety kamar mandi di rumah sakit itu dengan slot. Sehingga kemarin sudah dilakukan penggantian untuk slot itu (dengan) kunci yang lebih safety.” (F5) • “...setelah itu dari saya langsung lapor ke Mutu, dan paginya menulis di laporan kejadian. 2 hari kemudian dari Mutu memanggil untuk cross check kejadian dan tindak lanjutnya (yaitu) mengadakan bel panjang di setiap bed.” (F5) • “Kejadian jatuh kan meningkat, kemudian ada yang KTD juga, lalu kita lakukan RCA. Dari hasil RCA itu rekomendasinya, yang pertama dilakukan pelatihan

Kode	Kutipan
	<p><i>ulang, refreshing kepada para perawat yang melakukan assesment jatuh dilakukan di 2023 kemarin. Kemudian yang kedua, ternyata dari RCA itu ada juga andil dari panduan yang dibuat, ada satu item yang mestinya ada tapi yang dulu belum ada gitu, kemudian kita tambahkan. Jadi dari sisi regulasi ada perbaikan, kemudian dari sisi pelaksanaannya ada refreshing untuk assesment jatuh termasuk juga upaya intervensi pencegahannya.” (W01)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Hasil analisis RCA bisa muncul rekomendasi perbaikan regulasi, salah satunya regulasi yang sudah kami ubah yaitu terkait pengawasan pasien resiko tinggi jatuh setiap dua jam sekali, yang sebelumnya tidak muncul di regulasi.” (W01)</i> • <i>“Kalau yang bed, karena memang di (bangsal) N itu jumlah tempat tidurnya 22, yang diganti hanya 10, mengingat pasien anak itu kan dari (usia) lebih dari 1 bulan sampai 18 tahun jadi bagaimana kita pandai-pandai memilah mana pasien yang harus menggunakan bed baru ini, jadi ada pemahaman semua perawat ketika akan menerima pasien baru, bed ini harus menyesuaikan. Kedua, walaupun bednya ini sudah aman, tapi ternyata pasien ini tidak mesti menggunakan dengan cara aman. Jadi, edukasi itu menjadi utama dan tidak bisa hanya sekali tapi harus diulang berkali-kali.” (F1)</i>
<p>Peningkatan patient safety</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Adanya pelaporan insiden jelas meningkatkan patient safety.” (F6)</i> • <i>“Melaporkan insiden sangat membantu sekali meningkatkan (keselamatan pasien),” (F8)</i> • <i>“Keefektifan laporan IKP dalam meningkatkan patient safety di RS PKU Gamping insyaallah ada, walaupun agak susah mengukurnya. Karena jujur saja insiden yang sekarang sering terjadi itu adalah pasien jatuh, itu selalu berulang-ulang, artinya kalau saya mengatakan efektif kok masih ada insiden lagi?, tapi kalau saya mengatakan tidak efektif, ketika kita lakukan kajian, pola penyebabnya agak beda juga, kecuali kalau penyebab yang sama kok terus-terusan, baru berarti tidak efektif.” (W01)</i>
<p>Ketepatan waktu pelaporan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Untuk mengecek apakah insiden dilaporkan ke SIRATU dalam 2x24 jam mudah, tinggal kita cek tanggal kejadian berlangsung dan tanggal Komite Mutu menerima laporan tersebut di SIRATU. Tapi karena kemudahan untuk melaporkan lewat sistem,</i>

Kode	Kutipan
	<p><i>mereka cepat untuk membuat laporan. Sejauh ini kami belum pernah menjumpai pelaporan lebih dari 2x24 jam, kalau menjumpai akan kami ingatkan.” (W01)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Sebagian besar sudah memenuhi standar KKP-RS Nasional yaitu maksimal 2x24 jam, kira-kira kalau ada 10 kejadian, 8 sudah tepat waktu, 2 nya belum, 80%..” (W02)</i> • <i>“...kejadian (dilaporkan) tidak (dalam kurun) satu jam, kejadian malam, pagi sudah dimasukkan di sistem..” (F7)</i> • <i>“(Waktu yang dibutuhkan untuk pelaporan) 1x24 jam, karena harus klarifikasi ke petugas jaga, saya harus evaluasi, kendala saat itu apa, saya juga menyelesaikan dari ketika permasalahan, solusi yang dilakukan, juga harus ambil langkah untuk penyelesaiannya baru kemudian nanti dibuat laporan, termasuk juga menuliskan hal-hal yang sudah dilakukan untuk pengatasan.” (F10)</i> • <i>“...kejadian setengah lima, saya dilaporin jam lima, langsung ditelfon. Pelaksana menulis kronologi, terus di WA, japri pribadi, besoknya saya cross check ulang, baru saya menulis di kronologi laporan insiden.” (F9)</i>

d. Sumber Daya dan Insentif



Gambar 10. Sumber Daya dan Insentif

Tema keempat adalah “*sumber daya dan insentif*” yang menjelaskan bagaimana peran sumber daya dan insentif dalam sistem pelaporan IKP di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Tema ini terdiri dari empat kategori

yaitu keterlibatan sumber daya manusia yang teridentifikasi melalui 4 kode berikut:

Tabel 18. Kode dan Kutipan Kategori 4.1

Kode	Kutipan
Keterlibatan struktural dan pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> • “...PIC melakukan analisis di tingkat unit. Analisis di unit untuk perbaikan unitnya, analisis di tingkat rumah sakit oleh Komite Mutu untuk perbaikan rumah sakit secara keseluruhan.” (W01)
	<ul style="list-style-type: none"> • “...Kalau Supervisor terlibatnya hanya saat pelaporan dan Root Cause Analysis..” (W02)
	<ul style="list-style-type: none"> • “...yang bertanggung jawab untuk semua pelaporan adalah Ketua Komite Mutu. Jadi saya sebagai Sekretaris, biasanya hanya dimintai masukan terhadap hasil laporan PMKP oleh Pak Ketua Komite Mutu, kalau setelah saya baca ada tambahan ya saya kirim ke beliau.” (W02)
	<ul style="list-style-type: none"> • “Ketua dan sekretaris (Komite Mutu) yang membuat pengolahan (data laporan IKP), tapi di laporan hasil dituliskannya ya Komite Mutu yang melakukan, draft pengolahan disampaikan di rapat rutin Komite Mutu minggu kedua atau keempat.” (W01)
	<ul style="list-style-type: none"> • “Rekap laporan insiden per dua minggu disampaikan Ketua Komite Mutu dalam rapat rutin Komite Mutu, baik insiden grade biru, hijau, kuning, atau merah. Kalau hasil regrading-nya kuning dan merah, pertemuan itu juga kita pakai untuk RCA, jadi kalau yang dibutuhkan RCA, pertemuannya akan diperluas, selain Komite Mutu, juga ditambah dengan unit-unit atau orang-orang yang terkait dengan temuan itu, yang materi RCA itu.” (W01)
	<ul style="list-style-type: none"> • “...di setiap minggu ketiga itu ada pertemuan untuk seluruh unit kerja yang itu memang pertemuannya untuk Mutu, seluruh struktural ikut di situ, artinya seluruh unit terwakili..” (W01)
	<ul style="list-style-type: none"> • “RCA dirapatkan bersama unit dan individu terkait pada rapat Komite Mutu minggu kedua atau keempat.” (W01)
	<ul style="list-style-type: none"> • “Hasil analisis berupa laporan PMKP kita sampaikan ke Direktur tiap tiga bulan. Nanti Direktur menyampaikan ke pemilik, ke badan. Tapi kalau di laporan itu menyangkut unit-unit yang

Kode	Kutipan
	<p>terkait, misalkan insiden, nanti Direktur akan mendisposisi,...setiap bulan Komite Mutu akan melaporkan (laporan PMKP) di pertemuan yang minggu ketiga. Yang tiga bulan itu yang formilnya saja. Walaupun keluarnya tiga bulan, tapi setiap bulan itu sebenarnya sudah kita sampaikan melalui Rapat Mutu itu “ada kejadian X, kejadian ini sekian persen.” (W01)</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Per tahun ini ada rapat rutin Komite Mutu setiap bulan di minggu kedua, ketiga, dan keempat, kalau tahun lalu kita setiap minggu. Tahun ini, yang di minggu kedua dan keempat itu rapat khusus Komite Mutu..” (W02) • “...Minggu ketiga itu rapat Mutu untuk semua unit, rapat besar semua supervisor, manajer, direktur diundang, terus dibahas satu-satu terkait indikator mutu unitnya, dari hasil capaian bulan sebelumnya..” (W02) • “Setiap IKP dilaporkan mulai dari staf yang menemukan insiden, melapor ke PIC Mutu atau Supervisor, kemudian dari unit membuat laporan di SIRATU. Laporan masuk ke Komite Mutu kemudian ditindaklanjuti, ditentukan tipe analisis, kemudian pada insiden yang perlu RCA, RCA dilakukan bersama unit dan individu terkait insiden tersebut. Rekap laporan per tiga bulan dianalisis Komite Mutu dan muncul rekomendasi serta rencana tindak lanjut yang kemudian disampaikan ke Direktur berupa laporan PMKP. Tanggung jawab Komite Mutu dalam pelaporan hanya RCA, rekomendasi, dan rencana tindak lanjut.”
<p>Keterlibatan Komite Mutu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Yang terlibat dari awal pelaporan, analisis, sampai akhir yaitu sosialisasi hasil pembelajaran itu dari Komite Mutu, untuk saat ini Pak Ketua Komite Mutu saja. Beliau yang melaporkan saat rapat tentang temuan insiden termasuk pencegahan dan pembelajarannya, difloorkan biar di unit-unit lain tidak terjadi hal yang sama, tanpa menyebutkan unit, tanpa menyebutkan nama..Saat RCA, (anggota) Komite Mutu yang lain juga hadir. Kalau sudah akan diresume. Rapat Mutu juga Pak Ketua Komite Mutu yang jadi koordinator dan berbicara di depan seluruh audiens rapat. Keterlibatan (anggota) Komite Mutu yang lain hanya sebatas di RCA atau saat analisis itu, kalau untuk rekap

Kode	Kutipan
	<i>laporan kemudian penyampaiannya itu Pak Ketua Komite Mutu.” (W02)</i>
Koordinasi tim efektif	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Ketika ada kejadian, koordinator shift berdiskusi kronologis kejadian (dengan petugas lain) lalu melaporkan dan konfirmasi ke SPV bangsal, kemudian SPV mengisi laporan di EMR dan koordinasi dengan Tim Mutu, namun setiap staf bisa langsung menginput (insiden ke EMR).” (F5)</i>
Kejelasan pembagian jobdesc	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Di (unit) Hemodialisa, seluruh kejadian pada shift yang bersangkutan (menjadi) tanggung jawab Koor Shift (untuk) merekap (insiden), selain pagi ada Supervisor, jadi dari observasi pasien durante HD sampai ada kejadian insyaallah termonitor, (insiden) selama 3 bulan (terekap) masuk semua di SIRATU, temen-temen udah ada aware untuk mengisi (laporan) di SIRATU.” (F6)</i>

Kategori kedua adalah akses alat dan teknologi yang terdapat dalam pernyataan informan pada 7 kode berikut:

Tabel 19. Kode dan Kutipan Kategori 4.2

Kode	Kutipan
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Pedoman dan panduan bisa diakses di SIDOKAR, semua unit bisa akses, akses tidak harus melalui komputer unit karena masuknya pakai username, bisa diakses dari rumah (juga oleh) tiap-tiap nakes.” (F10)</i>
Panduan dan pedoman pelaporan	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Pedoman (dan) SPO ada di modul.” (F7)</i> • <i>“Panduan pelaporan IKP ada di buku Pedoman PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) yang di situ ada bab untuk pelaporan IKP di halaman 24 dan seterusnya.” (W01)</i> • <i>“Pedoman pelaporan insiden disosialisasikan saat pelatihan.” (W01)</i> • <i>“Setiap staf bisa mengakses pedoman pelaporan IKP lewat EMR atau lewat SIDOKAR (Sistem Dokumentasi Akreditasi Rumah Sakit) juga bisa.” (W01)</i> • <i>“Laporan per indikator sudah dijelaskan di dokumen regulasinya tentang insiden apa yang harus dilaporkan.” (W01)</i>

Kode	Kutipan
Formulir pelaporan	<ul style="list-style-type: none"> • “Ada, buku panduan Komite Mutu yang dijadikan acuan PIC atau lainnya untuk melaporkan insiden. Cuma itu tadi untuk pengaksesannya, saya nggak tahu temen-temen sudah sejauh mana untuk buka dan pahami.” (W02) • “Panduan pelaporan insiden bisa diakses di SIDOKAR, semua bisa akses karena pakai username. Disampaikan juga waktu pelatihan..” (W02)
	<ul style="list-style-type: none"> • “InsyaAllah (formulir laporan IKP) sudah lengkap sesuai standar. (Di dalam 1 formulir ada identitas, kronologi kejadian), apakah insiden serupa pernah terjadi, tindakan yang telah dilakukan, terus dampak pasien.” (W01) • “Di EMR, kemudian di situ ada SIRATU yang di dalamnya ada pelaporan insiden, dengan memasukkan nomor rekam mediknya, kemudian nanti muncul formulir yang harus diisi, isinya sama seperti formulir di panduan KKP-RS Nasional..” (W01) • “InsyaAllah (isi formulir laporan IKP) sudah lengkap, karena kan hanya dari kertas dulu kemudian kita tuangkan dalam bentuk elektronik. Di formulir pelaporan ada bagian yang wajib diisi dan tidak, jika bagian yang wajib diisi tidak diisi maka tidak akan bisa disubmit. Yang wajib diisi ada jenis insiden, lokasi kejadian, insiden terjadi pada siapa, unit kerja penyebab, dan dampak pada pasien. Kalau yang tidak wajib diisi masih kita toleransi jika memang tidak diisi.” (W01)
Integrasi sistem	<ul style="list-style-type: none"> • “SIDOKAR itu sistem dari lembaga akreditasi yang dari KARS nya, rumah sakit lain pun juga pakenya sama, SIDOKAR itu tempat seluruh SPO-SPO itu dikumpulkan. Jadi akreditasi itu kan sekarang ada poin-poin yang harus dikumpulkan, misal PMKP 1 tentang Pedoman “Tersedianya regulasi atau pedoman terkait Komite Mutu” nanti dokumen buktinya berupa apa saja, nah itu kita upload di situ. Nah itu semua unit bisa akses, bisa diakses dari rumah, tiap-tiap nakes bisa mengaksesnya, jadi pedoman pun juga bisa diakses di situ, bahkan tidak hanya pedoman soal itu saja, tapi seluruh pedoman di rumah sakit ini tuh ada di situ, maksudnya tinggal kita search aja, kita mau cari pedoman tentang

Kode	Kutipan
	<p><i>farmasi, pelayanan, insiden, atau tentang apa itu tinggal kita search aja di situ.” (W02)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“SIRATU isinya ada untuk laporan kejadian, laporan indikator mutu, laporan manajemen bed, surveilans HAIs, laporan kejadian reaksi misalnya reaksi transfusi, reaksi pemberian obat; semua staf bisa menginputnya.” (F5)</i>
SIRATU	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“SIRATU, di (dalamnya) ada insiden, survei indikator mutu.” (F1)</i> • <i>“SIRATU isinya ada untuk laporan kejadian, laporan indikator mutu, laporan manajemen bed, surveilans HAIs, laporan kejadian reaksi misalnya reaksi transfusi, reaksi pemberian obat; semua staf bisa menginputnya.” (F5)</i> • <i>“...setelah ditemukan insiden, dilaporkan oleh penemu insiden atau PIC di unitnya itu melalui sistem SIRATU..” (W01)</i> • <i>“Di EMR, kemudian di situ ada SIRATU yang di dalamnya ada pelaporan insiden..” (W01)</i> • <i>“Pakai SIRATU untuk melaporkan IKP, tidak ada teknologi yang lain. SIRATU seperti EMR” (W02)</i>
Fleksibilitas dan kepemilikan akses	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Para staf sudah tahu saat ada kejadian insiden keselamatan harus segera dilaporkan, semua punya ID untuk akses pengisian (pelaporan) di SIRATU, ada grup (WhatsApp) bangsal, kronologis (insiden) lebih cepat tersampaikan.” (F7)</i> • <i>“...kemudian SPV mengisi laporan di EMR dan koordinasi dengan Tim Mutu, namun setiap staf bisa langsung menginput (insiden ke EMR).” (F5)</i> • <i>“Pedoman dan panduan bisa diakses di SIDOKAR, semua unit bisa akses, akses tidak harus melalui komputer unit karena masuknya pakai username, bisa diakses dari rumah (juga oleh) tiap-tiap nakes.” (F10)</i> • <i>“SIRATU isinya ada untuk laporan kejadian, laporan indikator mutu, laporan manajemen bed...semua staf bisa menginputnya.” (F5)</i> • <i>“Setiap staf bisa mengakses pedoman pelaporan IKP lewat EMR atau lewat SIDOKAR (Sistem Dokumentasi Akreditasi Rumah Sakit) juga bisa.” (W01)</i> • <i>“Hasil analisis RCA berupa akar penyebab insiden disosialisasikan Komite Mutu ke unit terkait dan</i>

Kode	Kutipan
	<p><i>unit-unit lain dalam bentuk laporan yang itu ada di sistem dan bisa dibuka di semua tempat..” (W01)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Panduan pelaporan insiden bisa diakses di SIDOKAR, semua bisa akses karena pakai username.” (W02)</i> • <i>“SIDOKAR itu sistem dari lembaga akreditasi yang dari KARS nya, rumah sakit lain pun juga pakainya sama, SIDOKAR itu tempat seluruh SPO-SPO itu dikumpulkan...semua unit bisa akses, bisa diakses dari rumah, tiap-tiap nakes bisa mengaksesnya, jadi pedoman pun juga bisa diakses di situ, bahkan tidak hanya pedoman soal itu saja, tapi seluruh pedoman di rumah sakit ini ada di situ..” (W02)</i> • <i>“Hasil kesimpulan analisis insiden, disosialisasikan lewat laporan yang bisa diakses semua unit sebagai pembelajaran..” (W02)</i>
<p>Kemudahan proses pelaporan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Ketika ada kejadian, koordinator shift berdiskusi kronologis kejadian (dengan petugas lain) lalu melaporkan dan konfirmasi ke SPV bangsal, kemudian SPV mengisi laporan di EMR dan koordinasi dengan Tim Mutu, namun setiap staf bisa langsung menginput (insiden ke EMR).” (F5)</i> • <i>“..,Nah hasil laporan ini nanti bisa kita lihat laporan yang masuk pada periode tertentu itu berapa, misalkan ini 1 Maret sampai hari ini ada 3 laporan..” (W01)</i> • <i>“Untuk menggolongkan insiden menjadi KTD, KNC, atau lainnya ngga masalah kalau dari unit masih salah atau belum sesuai, karena yang penting mereka melaporkan, kalau diminta harus benar nanti malah ngga melaporkan. Misal KNC dilaporkan KTD pun ngga masalah, nanti dari Komite Mutu kan akan melihat dari kronologis kejadian dan hasil investigasinya cocoknya kemana, yang penting setiap insiden dilaporkan dalam 2x24 jam.” (W01)</i>
<p>Alat pengolahan data</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Kita mengolah data pakai excel saja, sudah cukup membantu, karena memang tidak perlu analisis yang lebih rumit. Hanya memnbentuk trend, membandingkan dari waktu ke waktu.” (W01)</i>

Kategori ketiga adalah *alokasi dana* yang terdapat dalam pernyataan informan pada 4 kode berikut:

Tabel 20. Kode dan Kutipan Kategori 4.3

Kode	Kutipan
Tidak ada dana khusus pelaporan	<ul style="list-style-type: none"> • “Tidak ada dana khusus pelaporan, mengikuti pendanaan kegiatan Komite Mutu, pembiayaan hanya untuk konsumsi pertemuan rapat membahas insiden, tidak ada reward maupun fee untuk PIC Mutu.” (W01) • “...untuk pelaporan tidak ada dana khusus yang dibutuhkan..” (W02)
Pendanaan Komite Mutu	<ul style="list-style-type: none"> • “Kalau pelaporan insiden ngga ada dana khusus, adanya dana untuk Komite Mutu secara umum..” (W02)
Pendanaan insiden dan perbaikan	<ul style="list-style-type: none"> • “Pendanaan perbaikan sarana prasarana yang menyebabkan insiden itu dari rumah sakit atas usulan Komite Mutu tapi tidak dimasukkan ke perencanaan anggaran, karena apa ya kita mau merencanakan tindak lanjut insiden. Misalnya, bed rail anak karena urgent insyaAllah pasti disetujui untuk pengeluaran biaya keselamatan pasien.” (W01) • “Di (bangsal) N, anak-anak itu jatuh karena bed-nya yang digunakan itu bed dewasa. Jadi anak-anak itu mbrobos ke sela-selanya itu. Nah itu dengan cepat nggih, sudah terealisasi dengan bertahap, bed-bednya itu tidak mengadakan bed baru tetapi memodifikasi, misalnya harga bed (baru) satunya enam juta paling murah kalau yang kelas III itu, dengan modifikasi hanya membutuhkan 1,8 (juta). Jadi mungkin (dari segi) pembiayaan, ngga harus baru yang (peting) aman.” (F1)
Pengelolaan pendanaan	<ul style="list-style-type: none"> • “...Dana komite mutu alokasinya untuk konsumsi rapat, tiga kali workshop besar dalam 1 tahun yang melibatkan seluruh rumah sakit, dana by case untuk jaga-jaga misal ada insiden atau sesuatu, sama dana reward.” (W02)

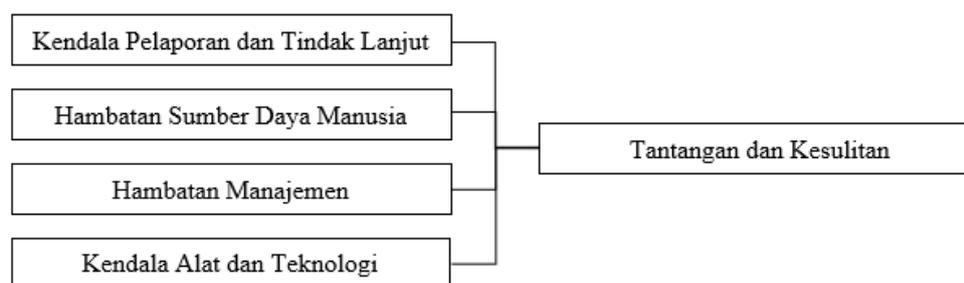
Kategori keempat yaitu *reward dan apresiasi* yang ditemukan dalam pernyataan informan melalui 5 kode berikut:

Tabel 21. Kode dan Kutipan Kategori 4.4

Kode	Kutipan
Tidak ada reward khusus pelaporan	<ul style="list-style-type: none"> • “Reward spesifik untuk pelaporan insiden tidak ada..” (W02)
Reward kualitas mutu unit	<ul style="list-style-type: none"> • “...adanya reward untuk kualitas Mutu di unit secara umum..” (W02) • “Jadi kita selama satu tahun itu keliling unit-unit untuk cek indikator mutu, berjalan atau ngga. Kita keliling setiap minggu untuk melakukan supervisi, kemudian kita nilai. Nah nanti unit yang bagus itu dapat reward. Kalau kemarin sih kita ada reward akreditasi, satu juta per orang. Tapi ya pencairannya setelah divisit sama Komite Mutu dan dinilai “Oh iya unit ini bagus”, baru dapet. Tapi untuk yang direncanakan ini, besok reward-nya itu berupa mungkin voucher Log Mart atau apa yang bentuknya per unit yang dapet, jadi satu unit satu juta untuk barengan. Kalau kemarin kan masih per orang sifatnya, karena memang habis akreditasi, momennya.” (W02)
Tidak ada reward untuk pelapor	<ul style="list-style-type: none"> • “Ngga ada (reward untuk pelapor)” (F4) • “...tidak ada reward maupun fee untuk PIC Mutu.” (W01) • “...kalau khusus untuk yang melaporkan terus dapet reward gitu, belum ada.” (W02) • “Untuk meningkatkan budaya pelaporan, baiknya reward untuk unit bukan per orang. Karena kalau perorangan agak aneh, misalnya perawat salah nyuntik obat, lalu dia lapor, terus dapat hadiah, kan nggak ya, jadi yang dikasih reward adalah unitnya dimana itu terlihat dari hasil pelaporannya, pelaporan kronologis, dan lainnya lengkap, ketepatan waktu pelaporan, kualitas isi pelaporan, gitu. Ketika hasilnya baik, maka awareness pelaporan unit tersebut juga baik.” (W02)
Efektivitas reward	<ul style="list-style-type: none"> • “...Menurut saya, reward efektif untuk meningkatkan budaya pelaporan, tapi belum pernah dicoba.” (W02) • “Untuk meningkatkan budaya pelaporan, baiknya reward untuk unit bukan per orang. Karena kalau perorangan agak aneh, misalnya perawat salah nyuntik obat, lalu dia lapor, terus

Kode	Kutipan
	<i>dapat hadiah, kan nggak ya, jadi yang dikasih reward adalah unitnya dimana itu terlihat dari hasil pelaporannya, pelaporan kronologis, dan lainnya lengkap, ketepatan waktu pelaporan, kualitas isi pelaporan, gitu. Ketika hasilnya baik, maka awareness pelaporan unit tersebut juga baik.” (W02)</i>
Tidak ada punishment	<ul style="list-style-type: none"> • “...Kita memang nggak ada punishment..” (W02) • “...itu yang coba ditanamkan bahwa sistem pelaporan ini tidak untuk punishment. Tapi kalau memang itu error-nya dari orangnya, tentu akan ada pembinaan dari (Tim) Mutu.” (F1)

e. Tantangan dan Kesulitan



Gambar 11. Tantangan dan Kesulitan

Tema kelima adalah “*tantangan dan kesulitan*” yang menjelaskan tentang kendala dan hambatan dalam pelaksanaan sistem pelaporan IKP di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Tema ini terdiri dari empat kategori yaitu *kendala pelaporan dan tindak lanjut* yang ditemukan dalam pernyataan informan yang teridentifikasi melalui 18 kode berikut:

Tabel 22. Kode dan Kutipan Kategori 5.1

Kode	Kutipan
Ketergantungan staf ke Supervisor	<ul style="list-style-type: none"> • “Kebetulan saya Koor Shift, di IGD, kalau ada insiden kami langsung lapor Mas Y (Supervisor), setau kami, kami tinggal lapor ke Mas Y nanti langsung diselesaikan sama Mas Y, (kami) lebih fokus ke pelayanan..” (F8)

Kode	Kutipan
Jobdesc pelaporan kurang jelas	<ul style="list-style-type: none"> • “Mau bertanya, terkait kejadian reaksi (obat) itu sebenarnya jobdesc-nya siapa untuk melaporkan? Karena di (farmasi) ada pelaporan efek samping obat, tapi saat saya mau melaporkan di EMR ternyata sudah dilaporkan tapi nggak tahu siapa yang melaporkan, jadi harus ada jobdesc yang lebih spesifik yang melaporkan siapa..” (F2)
Target pelaporan sulit dicapai	<ul style="list-style-type: none"> • “Pesan dari Tim Mutu, pengisian indikator mutu harus setiap hari, tapi kendalanya sekarang kondisi pasien kita baru meningkat, kadang bisa 2 atau 3 hari sekali baru mengisikan..” (F4)
Pengklasifikasian insiden terkendala	<ul style="list-style-type: none"> • “(Pengklasifikasian insiden keselamatan pasien, apakah ini Sentinel, KTD, KNC, dll) masih membingungkan.” (F5) • “(Untuk mengklasifikasikan IKP) biasanya memang masih agak bingung mendefinisikan. Cuman kalau saya sendiri, cari di google atau buka pedomannya untuk definisinya ini seperti apa, ini bakal masuk ke mana, baru nanti dilaporkan. Kalau mendefinisikan langsung saya masih kadang suka salah, oh ini harusnya KPC, ini KNC, oh ini KTD. Tapi kalau misalnya di laporan oh ada kejadian ini, saya telaah dulu, oh saya cari dulu definisinya, oh ini berarti masuknya ke KNC. Jadi kalau kesulitan sih nggak ya, saya akan cari dulu baru nanti memasukkan kategori... pokoknya itu emang harus ditelaah dulu, jadi emang lebih enak itu ada definisi plus contoh (di SIRATU), itu untuk yang bisa memudahkan semua orang.” (F10) • “...Walaupun laporan yang masuk ini nanti tetap divalidasi lagi oleh Komite Mutu, banyak yang masih agak bingung yang mestinya bukan KTD tapi ditulis KTD gitu.” (W01)
Kebingungan menentukan tipe analisis insiden	<ul style="list-style-type: none"> • “Kesulitan kami juga di laporan insiden itu kan ada 5W itu ya dok ya, kemudian yang paling bawah itu ada RCA. Nah kadang kami itu bingung (tertawa kecil) kasus mana yang harus di RCA, mana yang, nah itu yang mungkin tahap-tahapannya temen-temen dan kami yang masih sok gimana...diskusikan. (Apakah analisisnya menggunakan 5W atau RCA) masih banyak belum dipahami temen-temen (staf). Jadi mungkin (pembedaan tipe analisis) sudah diterapkan di sistem itu jadi memudahkan (pelaporan).” (F5)

Kode	Kutipan
Kesulitan grading insiden	<ul style="list-style-type: none"> • “Kejadian insiden KTD, KNC, itu belum semua bisa memahami yang grade-grade hijau yang kayak gimana. Kalau (mengklasifikasikan) KTD bisa, cuman grade-nya itu lho.” (F2)
Ketidaktelitian petugas	<ul style="list-style-type: none"> • “Assesment pasien risiko jatuh dilakukan pada setiap pasien oleh petugas di unit, nah yang kami duga menjadi penyebab itu adalah kurang telitnya petugas dalam mengisi kuesioner, sehingga hasilnya menjadi tidak tepat, otomatis intervensinya juga salah.” (W01)
Pelaporan butuh rekam medis	<ul style="list-style-type: none"> • “...Rekapan insiden ke pasien ada di SIRATU karena kalau pasien udah pasti rawat inap jadi ada rekam medisnya di situ... Kalau insiden mengenai perawat (petugas), harus periksa ke IGD dulu biar ada rekam medisnya.” (F1) • “Di (SIRATU) kalau kerusakan sarana prasarana itu tidak bisa masuk ke sistem. (KPC jadi sulit masuk) karena (yang) kita masukkan pertama itu rekam medis.” (F1) • “...di situ ada SIRATU yang di dalamnya ada pelaporan insiden, dengan memasukkan nomor rekam mediknya, kemudian nanti muncul formulir (laporan IKP) yang harus diisi..” (W01)
Hambatan insiden ke petugas	<ul style="list-style-type: none"> • “...beberapa kali saya menemukan insiden ke petugas (yaitu) tertusuk jarum post injeksi insulin, dia sudah laporan ke saya, saya sudah menuliskan kronologisnya di (laporan) insiden, (tapi) selang 2 hari baru (bisa) melakukan tes darah.” (F4) • “...Kalau insiden mengenai perawat (petugas), harus periksa ke IGD dulu biar ada rekam medisnya.” (F1)
Insiden sama dan berulang	<ul style="list-style-type: none"> • “...kejadian sering atau sama seperti LASA, salah dosis, penyelesaiannya internal, belum ada tindak lanjut dari Tim Mutu, kejadian berulang terus tapi belum menemukan metode penyelesaiannya supaya tidak terjadi..” (F2) • “Hasil analisis sementara, pasien jatuh masih sering terjadi dan berulang..” (W01) • “Dari laporan-laporan insiden yang masuk, setelah dianalisis, sering sekali hasilnya sama, insiden terbanyak yaitu pasien jatuh dan medication error. Medication error terbanyak adalah salah penyiapan obat tapi seringnya sudah

Kode	Kutipan
	<p>diketahui sebelum sampai terjadi kejadian, jadi masuk ke KNC.” (W01)</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Tidak ada kesulitan, cuman kadang bosan ya, setiap tiga bulan kok (hasil pelaporan IKP) itu terus. Kejadiannya sama terus, jangankan yang tiap tiga bulan, yang setiap bulan kita ke Kemenkes lewat Mutu Fasyankes itu juga itu itu terus.” (W01) • “Kejadian yang dilaporkan kebanyakan sama. Dan kalau saya lihat trend di rumah sakit-rumah sakit lain ya memang kebanyakan seperti itu, terkait dengan medication error sama kalau di ruang rawat inap ya pasien jatuh itu.” (W01)
<p>Insiden tak dilaporkan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “(Insiden yang tidak dilaporkan) bisa jadi (karena) ngga tahu (kalau itu insiden), bisa jadi mereka masih takut kalau insiden itu terlapor by oknum, maksudnya karena person-nya. Padahal kan yang harus kita kritisi bukan person-nya tapi sistemnya.” (F5) • “(Insiden tak dilaporkan) ada yang (karena) takut ketahuan kalau kejadian itu terjadi pada saat dia jaga.” (F1) • “Cuman mungkin barangkali yang masih menjadi masalah adalah tingkat kesadaran untuk melaporkan. Saya tidak begitu yakin apakah semua kejadian yang mestinya dilaporkan itu dilaporkan.” (W01) • “Insiden yang tidak dilaporkan selain karena budaya takut melapor, juga bisa karena petugas itu ngga sadar bahwa ini tuh harus dilaporkan, harus bilang. Bisa dia sadar dia salah tapi ngga mau lapor. Yang kedua, dia salah tapi dia ngga ngerti kalau ini itu harus dilaporkan. Karena kita di sini rumah sakit pendidikan, juga bisa jadi yang melakukan kesalahan itu mahasiswa didik, tapi ngga tahu kalau dia salah, bisa jadi dia sadar tapi dia tidak tahu kalau harus lapor. Tapi biasanya udah ditekankan sih kalau misalnya apapun kejadiannya harus lapor. Ya mungkin kalau mahasiswa dia sadar tapi ngga tahu kalau harus lapor, atau dia sadar, dia tau sebenarnya kalau harus lapor tapi dia takut.” (W02) • “...Jadi petugas itu masih takut melapor karena takut disalahkan..” (W02)

Kode	Kutipan
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“(Komite Mutu mengetahui adanya insiden) utamanya dari SIRATU, tapi kadang-kadang kita kita dapat laporan yang tidak dari SIRATU. Misalkan, sebenarnya ada kejadian gitu ya, kemudian tidak dilaporkan, tapi kita denger-denger atau ada yang lapor ke kita langsung, itu bisa sumbernya. Nah akhirnya nanti kita minta, kita cross check ke unit “Apakah bener ada kejadian ini?”, kalau akhirnya mengakui, ya kalau gitu “Silakan masukkan ke SIRATU”, jadi akhirnya akan dilaporkan ke SIRATU.” (W01)</i>
Keterlambatan pelaporan	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Mekanisme di (unit) Farmasi, (pelaporan insiden) ditulis di buku operan, staf tau setiap kejadian harus ditulis di situ, pelaporan (ke SIRATU) oleh SPV, beberapa kali lebih dari 2 x 24 jam..” (F2)</i> • <i>“...kira-kira kalau ada 10 kejadian, 8 sudah tepat waktu, 2 nya belum, 80%. Biasanya kalau belum tepat waktu itu kendalanya pas liburan misal lebaran kan libur empat hari, kejadiannya pas tanggal merah, Supervisor libur atau cuti, jadi baru dilaporkan ke sistem saat Supervisor masuk. Kalau kejadiannya weekdays kayak gini akan lebih cepat bisa difollow-up, biasanya langsung di difollow-up, langsung dilaporkan hari itu juga. Biasanya kejadian yang lebih dari 2x24 itu ketika kejadiannya mungkin di malam hari, atau tanggal merah.” (W02)</i> • <i>“Laporan (insiden) kita via WA di grup gitu jadi insyaallah termonitor, walaupun mungkin delay ketika memasukkan di SIRATU-nya.” (F6)</i>
Perbedaan tindak lanjut dan respon Tim Mutu	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“...kejadian sering atau sama seperti LASA, salah dosis, penyelesaiannya internal, belum ada tindak lanjut dari Tim Mutu, kejadian berulang terus tapi belum menemukan metode penyelesaiannya supaya tidak terjadi, (kalau kejadian) salah obat atau yang berefek ke pasien, KTD biasanya ada tindak lanjut (Tim Mutu), dibahas sampai Mutu.” (F2)</i> • <i>“Cedera yang signifikan kan hanya dilaporkan di unit, dan itu mungkin nanti pelaporannya langsung masuk ke Tim Mutu, cuman untuk tindak lanjutnya tidak langsung segera karena kan mungkin KNC dan lain-lain. Tapi kalau kejadian jatuh, KTD yang sampai ada cedera biasanya responnya lebih cepat,</i>

Kode	Kutipan
Kemandirian staf untuk melapor	<p data-bbox="694 347 1361 414"><i>kita langsung lapor via japri ke Tim Mutu, juga laporan di sistem.” (F5)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="662 425 1361 593">• <i>“Kebetulan saya Koor Shift, di IGD, kalau ada insiden kami langsung lapor Mas Y (Supervisor), setau kami, kami tinggal lapor ke Mas Y nanti langsung diselesaikan sama Mas Y, (kami) lebih fokus ke pelayanan.” (F8)</i> <li data-bbox="662 604 1361 896">• <i>“Yang memasukkan laporan ke SIRATU ngga harus Supervisor, tapi biasanya Supervisor. Karena sistem pelaporannya kan masih ada penentuan grade itu, dan ngga semua staf ikut pelatihannya, hanya PJ Mutu unit dan Supervisornya...Kalau misal di sistemnya sudah terdefinisi dan direvisi, semua staf bisa baca dan mengisi pelaporan secara mandiri.”</i>
Pelatihan untuk pelaksana	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="662 907 1361 1153">• <i>“Kebetulan saya Koor Shift, di IGD, kalau ada insiden kami langsung lapor Mas Y (Supervisor), setau kami, kami tinggal lapor ke Mas Y nanti langsung diselesaikan sama Mas Y, (kami) lebih fokus ke pelayanan, belum ada upgrade pelatihan pengisian insiden-insiden ini untuk setiap karyawan IGD.” (F8)</i> <li data-bbox="662 1164 1361 1377">• <i>“Yang memasukkan laporan ke SIRATU ngga harus Supervisor, tapi biasanya Supervisor. Karena sistem pelaporannya kan masih ada penentuan grade itu, dan ngga semua staf ikut pelatihannya, hanya PJ Mutu unit dan Supervisornya..” (W02)</i>
Follow-up panduan dan pembelajaran	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="662 1388 1361 1568">• <i>“Ada, buku panduan Komite Mutu yang dijadikan acuan PIC atau lainnya untuk melaporkan insiden. Cuman itu tadi untuk pengaksesannya, saya nggak tahu temen-temen sudah sejauh mana untuk buka dan pahami.” (W02)</i> <li data-bbox="662 1579 1361 1825">• <i>“Panduan pelaporan insiden bisa diakses di SIDOKAR, semua bisa akses karena pakai username. Disampaikan juga waktu pelatihan, cuman untuk selanjutnya apakah temen-temen masih sering membaca-baca itu lagi, itu yang saya nggak tahu dan ngga bisa (memastikan karena) belum ada follow-up nya.” (W02)</i> <li data-bbox="662 1836 1361 1973">• <i>“...kita mau cari pedoman tentang farmasi, pelayanan, insiden, atau tentang apa itu tinggal kita search aja di situ (SIDOKAR). Cuman yang masih belum tahu seberapa aktif temen-temen</i>

Kode	Kutipan
	<p><i>membaca pedoman itu dulu sebelum melaporkan, atau laporannya yaudah dipasrahin ke Supervisornya aja, maksudnya taunya dia lapor, chat WA kronologisnya, terus yaudah nanti Supervisor yang ini, itu yang saya belum tahu.” (W02)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Untuk memastikan setiap unit membuka laporan tersebut tidak dilakukan..” (W01)</i> • <i>“Kalau memastikan pembelajaran di semua unit, kita memang belum ada ada feedback apakah benar-benar dibaca, apakah benar-bener semua kejadian diketahui, dan apakah sudah dilakukan preventif di unit-unit lain atau belum itu memang Komite Mutu belum sampai ke sana. Jadi hanya sebatas, dibuat laporan, diberitahukan saat rapat, itupun tidak semuanya, biasanya hanya kejadian-kejadian besar yang bisa untuk pembelajaran banyak unit, misalnya pasien ada komplain karena pelayanan, kejadian pasien jatuh yang mengakibatkan cedera berat sampai operasi, nah itu kan kejadian yang melibatkan semua unit dan semua harus benar-bener dikasih perhatian. Jadi biasanya kasus-kasus kayak gitu sih yang disampaikan.” (W02)</i> • <i>“Hasil kesimpulan analisis insiden, disosialisasikan lewat laporan yang bisa diakses semua unit sebagai pembelajaran, tapi untuk saat ini Komite Mutu belum sampai memastikan tiap-tiap unit atau SPV membuka laporannya.” (W02)</i>
<p>Sosialisasi kasus mingguan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Nah permasalahan di sini juga, sosialisasinya itu belum optimal. Karena kita rapat sebulan sekali tuh yang kefloor semua, misalnya rapat di minggu ketiga Maret membahas untuk case yang di bulan Februari, padahal itu udah minggu ketiga (bulan selanjutnya). Nah ketika sudah ngga up to date dan mungkin keterbatasan waktu juga karena pembahasannya banyak. Jadi menurut saya seharusnya untuk pelaporan itu bisa difloorkan kasusnya, update kasus, jumlah kasus itu disampaikan mingguan. Misalnya saat apel Senin pagi itu jam 07.00 – 07.30 paling yang datang 20-an, 30-an dari yang seharusnya terlibat dari seluruh rumah sakit. Misalnya di hari Senin itu tidak datang (apel), maka dibuat ada sistem bagaimana temen-temen itu bisa ngecek dari</i>

Kode	Kutipan
	<p><i>SIRATU, atau mungkin dibuat jadwal SPV itu harus ngecek SIRATU untuk baca laporan yang ada di SIRATU. Tapi itu harus ada regulasinya, harus ada keharusan dari atas berupa aturan yang mengharuskan Supervisor itu ngecek update kasus di setiap Senin dan itu bisa disosialisasikan ke temen-temen staf unitnya di hari itu juga. Jadi menurut saya improvisasinya itu, cuman ya memang dalam realisasinya tidak bisa dari satu pihak saja, karena melibatkan banyak ya, dan pekerjaan kita juga memang banyak banget, jadi harus melibatkan Ketua Komite Mutu, atau bahkan menggandeng Direksi untuk bisa melakukan regulasi itu.” (W02)</i></p>
<p>Kinerja pemeliharaan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“...yang KPC mboten dokter, yang potensial-potensial itu tidak kita laporkan karena mungkin banyak ya, misalnya...ada kursi roda yang...penguncinya sudah tidak bagus itu tidak telaporkan, paling kita pelaporannya hanya ke pemeliharaan tapi tidak di laporan insiden. Tapi dulu ada yang jatuh yang dari ambulans karena pengaitnya ngga kuat, untung pasiennya tidak apa-apa...Jadi (seperti) ban gembos itu juga tidak dianggap sepele. Tapi memang di pemeliharaan kita belum begitu jalan nggih untuk melihat “ini alat ini layak ngga?”. Sistem (pelaporan) maintenance tidak jelas.” (F1)</i> • <i>“Maintenance (bagian pemeliharaan) kurang.” (F6)</i> • <i>“(Sarana dan prasarana yang tidak lengkap, tidak siap pakai, atau rusak) perlu (dilaporkan) karena itu kan yang pertama untuk keselamatan pasien, dan (kedua) untuk memperlancar kinerja kita juga. Kalau yang yang selama ini saya alami ya dok ya di sini, jadi dari pemeliharaan kita itu kalau misal kan seharusnya per bulan atau per tiga bulan ada yang maintenance keliling itu ya dok. Tapi kalau disini kita ngga laporan, kan awalnya kita punya sistem maintenance, nah kalau kita cuman masukkan di situ aja tapi kita ngga telfon itu bagian pemeliharaan itu ngga ada respon. Kasus yang sering sekarang terjadi itu lift pasien error, jadi kita kalau naikin pasien itu harus lewat ram itu lho, kita udah telfon ke pemeliharaan juga, selang beberapa hari itu baru dibenerin, seperti itu, gitu</i>

Kode	Kutipan
	<i>dok. Jadi kalau menurut saya, untuk maintenance itu juga perlu.” (F4)</i>

Kategori kedua yaitu *hambatan sumber daya manusia* yang terdapat dalam pernyataan informan pada 7 kode berikut:

Tabel 23. Kode dan Kutipan Kategori 5.2

Kode	Kategori
Budaya takut melapor	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“(Insiden yang tidak dilaporkan) bisa jadi (karena) ngga tahu (kalau itu insiden), bisa jadi mereka masih takut kalau insiden itu terlapor by oknum, maskudnya karena person-nya. Padahal kan yang harus kita kritisi bukan person-nya tapi sistemnya.” (F5)</i> • <i>“Ada yang takut ketahuan kalau kejadian itu terjadi pada saat dia jaga.” (F1)</i> • <i>“Menurut saya, budaya pelaporan di sini itu masih kurang, masih perlu ditingkatkan. Jadi petugas itu masih takut melapor karena takut disalahkan. Menurut saya memang masih belum optimal, masih bisa dimaksimalkan lagi dengan reward and punishment misalnya, atau reward saja tanpa punishment.” (W02)</i> • <i>“Insiden yang tidak dilaporkan selain karena budaya takut melapor, juga bisa karena petugas itu ngga sadar bahwa ini tuh harus dilaporkan, harus bilang. Bisa dia sadar dia salah tapi ngga mau lapor..” (W02)</i>
Kesadaran melapor kurang	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“...Lha ini yang perlu dikembangkan (adalah) kesadaran untuk melapor. Melapor insiden itu tujuan utama(nya) untuk mengevaluasi akar permasalahan sebenarnya disebabkan oleh apa, dengan harapan tidak terjadi di unit lain atau di unit yang terjadi itu. Jadi jangan sampai (tidak melapor insiden karena) takut punishment, “Nanti saya kalau melapor nanti dipindah kerja”, itu yang coba ditanamkan bahwa sistem pelaporan ini tidak untuk punishment. Tapi kalau memang itu error-nya dari orangnya, tentu akan ada pembinaan dari (Tim) Mutu.” (F1)</i> • <i>“...Cuman yang mungkin masih menjadi masalah adalah tingkat kesadaran untuk melaporkan. Saya tidak begitu yakin apakah semua kejadian yang mestinya dilaporkan itu dilaporkan.” (W01)</i>

Kode	Kategori
	<ul style="list-style-type: none"> • “...Menurut saya, semakin banyak orang dipapar bahwa ada kejadian, oh dampaknya ini lho semakin aware. Ketika orang ngga tahu atau tidak ada apa-apa atau diem-diem aja, istilahnya ngga heboh, ngga gempar, itu tuh menurut saya ya dampaknya jadi yaudah diem aja “Ngga ada apa-apa kok, ngga ada punishment juga” at least ketika ngga ada punishment itu tuh menjadi pokok bahasan saat rapat sehingga bisa difloorkan, untuk (memberi) awareness bahwa (petugas) harus berhati-hati, dan itu frekuensinya mingguan, kalau bulanan terlalu jauh.” (W02)
Ketidaktahuan petugas	<ul style="list-style-type: none"> • “...Yang kedua, dia salah tapi dia ngga ngerti kalau ini itu harus dilaporkan. Karena kita di sini rumah sakit pendidikan, juga bisa jadi yang melakukan kesalahan itu mahasiswa didik, tapi ngga tahu kalau dia salah, bisa jadi dia sadar tapi dia tidak tahu kalau harus lapor. Tapi biasanya udah ditekankan sih kalau misalnya apapun kejadiannya harus lapor. Ya mungkin kalau mahasiswa dia sadar tapi ngga tahu kalau harus lapor, atau dia sadar, dia tau sebenarnya kalau harus lapor tapi dia takut.” (W02)
Adanya stigma	<ul style="list-style-type: none"> • “Yang membuat staf takut melaporkan itu dari unitnya sendiri, karena kan se-unit jadi tahu. Kita memang ngga ada punishment, cuman kan se-unit tahu, karena (setelah insiden dilaporkan) kan bisa jadi diundang rapat, atau jadi apa, at least, seruangan itu tahu oh si X yang bikin kesalahan, menurut saya itu sih. Jadi timbul mindset daripada disalahin mending diem aja, nah itu yang masih perlu dibangun juga. Dan juga, karakter setiap orang beda-beda, bisa jadi orang di unit A cerita ke unit B, unit B cerita lagi. Budaya yang seperti itu plus karakter orang juga yang perlu untuk diubah mindsetnya, dan itu mindset berjamaah, mindset semua orang. Kalau temen-temen Supervisor yang memang selalu membahas tentang IKP itu oke, tapi temen-temen yang jaganya malam terus, atau sore terus yang bertemu SPV atau Tim Mutu hanya sesekali jadi ngga bisa mendampingi secara full.”
Kekeliruan mindset	<ul style="list-style-type: none"> • “Masa dari sebulan sama sekali ngga ada kesalahan? Jadi sebenarnya semakin banyak pelaporan itu menurut saya bukan berarti pelayanan itu buruk, tapi (justru) semakin bagus awareness (petugas) untuk melaporkan. Ketika semakin bagus awareness untuk melaporkan,

Kode	Kategori
	<p><i>maka semakin banyak permasalahan atau case yang bisa dijadikan pembelajaran.” (W02)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“...Jadi jangan sampai (tidak melapor insiden karena) takut punishment, “Nanti saya kalau melapor nanti dipindah kerja”, itu yang coba ditanamkan bahwa sistem pelaporan ini tidak untuk punishment..”(F1)</i> • <i>“...seruangan itu tahu oh si X yang bikin kesalahan, menurut saya itu sih. Jadi timbul mindset daripada disalahkan mending diem aja, nah itu yang masih perlu dibangun juga..” (W02)</i>
<p>Perubahan mindset berjemaah</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Dan memang harus ditanamkan bener-bener bahwa ketika kita melaporkan itu berarti kita sadar dan itu bagus, yang nggak bagus adalah ketika kejadian dan nggak melaporkan, tapi mindset itu tuh yang belum tertanam. Jadi mindset untuk semua petugas yang ada di sini masih takut disalahkan, masih takut ini, padahal budaya keselamatan pasien kan tidak seperti itu.” (W02)</i> • <i>“...at least seruangan itu tahu oh si X yang bikin kesalahan, menurut saya itu sih. Jadi timbul mindset daripada disalahkan mending diem aja, nah itu yang masih perlu dibangun juga. Dan juga, karakter setiap orang beda-beda, bisa jadi orang di unit A cerita ke unit B, unit B cerita lagi. Budaya yang seperti itu plus karakter orang juga yang perlu untuk diubah mindsetnya, dan itu mindset berjemaah, mindset semua orang.” (W02)</i>
<p>Beban pekerjaan tinggi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Jadi sejak 2024 ini karena saya kalau pelayanan dari jam 7 sampai jam 2 atau 3, Senin sampai Jumat, akhirnya pekerjaan saya sebagai sekretaris untuk datang rapat dan notulen banyak dibantu sama Mba R itu.” (W02)</i> • <i>“...karena melibatkan banyak ya, dan pekerjaan kita juga memang banyak banget, jadi harus..” (W02)</i> • <i>“Pesan dari Tim Mutu, pengisian indikator mutu harus setiap hari, tapi kendalanya sekarang kondisi pasien kita baru meningkat, kadang bisa 2 atau 3 hari sekali baru mengisikan..”(F4)</i> • <i>“...semua unit itu ketika mendekati jam waktu pemberian obat itu telfon dok, jadi ribet gitu, telfonnya bunyi terus, akhirnya giduh gitu lho dok petugasnya untuk menyiapkan. Jadi mungkin itu salah satu potensi yang menyebabkan adanya kekeliruan gitu. Sama ee..pemberian obat high alert dok...penyiapan obat dan...itu sudah overload pekerjaan...penempelan di alat</i>

Kode	Kategori
	<i>itu harusnya petugas umum yang SMA, tapi kami pun ada dua itu hanya di bidang farmasi saja, itu pun sudah overload dengan pengantaran obat dan penyimpanan obat itu. Nah itu mungkin yang banyak sekali obat high alert-nya tidak ada tempelan high alert-nya dan itu potensi terjadi kekeliruan.” (W02)</i>

Kategori ketiga yaitu *hambatan manajemen* yang ditemukan dalam pernyataan informan melalui 3 kode berikut:

Tabel 24. Kode dan Kutipan Kategori 5.3

Kode	Kutipan
Ketimpangan peran struktural Mutu	<ul style="list-style-type: none"> • “...yang bertanggung jawab untuk semua pelaporan adalah Ketua Komite Mutu. Jadi saya sebagai Sekretaris, biasanya hanya dimintai masukan terhadap hasil laporan PMKP oleh Pak W01, kalau setelah saya baca ada tambahan ya saya kirim ke beliau.” (W02) • “Segala proses pelaporan dan sebagainya itu 95% Pak W01, 5% nya saya, saya dimintainya dimintai ACC aja dan tanda tangan. Yang terlibat dari awal pelaporan, analisis, sampai akhir yaitu sosialisasi hasil pembelajaran itu dari Komite Mutu, untuk saat ini Pak W01 saja.” (W02) • “Selama ini, semua pelaporan yang pegang Pak W01 karena beliau memang unitnya di Mutu, kalau saya kan pelayanan ya, terus juga di Mutu, jadi keterlibatan saya di Mutu tidak bisa seoptimal Pak W01. Jadi banyak hal-hal yang memang beliau lebih tahu, karena saya juga baru masuk Mutu setahun, sedangkan beliau sudah sekian belasan tahun.” (W02)
Pembagian jobdesc tidak ideal	<ul style="list-style-type: none"> • “Kalau kayak saya gini pelayanan dari jam 7 sampai jam 2 atau jam 3, saya baru bisa fokus untuk mengerjakan Mutu kan otomatis setelah jam pelayanan, misalnya saya mengerjakan terus baru ketemu permasalahan atau yang perlu saya klarifikasi di jam 4 atau jam 5 setelah saya review, ketika saya mau klarifikasikan ke Pak W01 saya nggak enak karena sudah bukan jam kerja beliau. Nah itu, kendalanya sih di situ, jadi memang untuk selama setahun ke belakang, pembagian jobdesc ketua sama sekre itu tidak ideal, karena memang lebih dominan ke Pak W01 nya, saya dimintainya dimintai ACC aja dan tanda

Kode	Kutipan
	<p>tangan. Tapi untuk segala proses pelaporan dan sebagainya itu 95% Pak W01, 5% nya saya.” (W02)</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Jadi sejak 2024 ini karena saya kalau pelayanan dari jam 7 sampai jam 2 atau 3, Senin sampai Jumat, akhirnya pekerjaan saya sebagai sekretaris untuk datang rapat dan notulen banyak dibantu sama Mba R itu.” (W02) • “Ngga ada kendala (dalam menyajikan data IKP) sih kalau saya, karena saya ngga terlibat banyak.” (W02)
<p>Tumpang tindih fungsi jabatan</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Jadi kalau pemisahan tugas secara idealnya itu kan ketua Pak W01 saya sekre, tapi waktu itu ceritanya mau akreditasi, kemudian muncul aturan “Ketua Mutu tidak boleh merangkap sebagai pejabat” kayak gitu, tapi kalau anggota boleh, sedangkan Pak W01 sebelumnya adalah Manajer Mutu. Nah waktu itu dari sekian orang yang masuk Pokja PMKP, awalnya dulu Pokja, yang bukan pejabat struktural dari sekian orang adalah saya sendiri. Makanya, oo yaudah, awalnya sebagai formalitas pemenuhan akreditasi, yang dipasangkan di Ketua adalah yang bukan pejabat struktural, kemudian selanjutnya anggota-anggotanya, sekrenya Pak W01, yang awalnya Pak W01 ketua kemudian turun di sekre.” (W02) • “Kalau kayak saya gini pelayanan dari jam 7 sampai jam 2 atau jam 3, saya baru bisa fokus untuk mengerjakan Mutu kan otomatis setelah jam pelayanan, misalnya saya mengerjakan terus baru ketemu permasalahan atau yang perlu saya klarifikasi di jam 4 atau jam 5 setelah saya review, ketika saya mau klarifikasikan ke Pak W01 saya nggak enak karena sudah bukan jam kerja beliau.” (W02) • “Di SK memang dari sekrenya itu saya, cuman untuk saat ini yang lebih membantu Pak W01 saat ini Mba R dari bagian PPI, pengendalian infeksi, dengan Pak W01 background-nya sama-sama Ners jadi lebih nyaman untuk tek-tokannya, karena jam kerjanya juga sama, sama-sama ngga pelayanan, jadi kalau Mba R ketika diamanahi menjadi Komite Mutu itu akan lebih enak untuk fokus, maksudnya tidak terpecah (fokusnya).” (W02)

Kategori keempat yaitu *kendala alat dan teknologi* yang teridentifikasi dalam pernyataan informan pada 3 kode berikut:

Tabel 25. Kode dan Kutipan Kategori 5.4

Kode	Kutipan
Pedoman dan panduan tidak lengkap	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Penjelasan mengenai KPCS, insiden KPCS yang perlu dilaporkan belum ada di buku pedoman pelaporan. KPCS baru muncul setelah panduan dibuat, sebelumnya KPC saja, jadi memang perlu direvisi lagi panduannya..” (W01)</i> • <i>“Tidak, isi pedoman tidak sampai pengolahan dan penyajian data, karena memang yang mengolah hanya ketua atau sekretaris Komite Mutu.” (W01)</i> • <i>“Analisis data tidak dijelaskan di pedoman, tapi termasuk salah satu materi di pelatihan tentang bagaimana PIC melakukan analisis di tingkat unit..” (W01)</i> • <i>“(Penjelasan pengolahan sampai analisis data) tidak tercantum dalam buku panduan, tetapi dijelaskan saat pelatihan.” (W02)</i>
Perbaikan formulir pelaporan	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Habis itu jenis insiden, ini kan KTD, KNC, menentukannya ini masih belum benar, jadi misal KTD tapi nulisnya KNC, jadi bisa ditambahkan definisi di setiap istilah insiden itu. Kemudian pemberi laporan, ini definisinya apa? Apakah yang mengetahui bahwa ada kesalahan, atau yang mengetahui pertama kali, atau yang menulis laporan?, karena misal kesalahan obat ya, bisa yang mengetahui kesalahan dan memberi laporan adalah pasien, atau petugas lain yang mengetahui bahwa ada kesalahan. Jadi diperjelas lagi pemberi laporan ini siapa, atau mungkin diberi keterangan dalam kurung (yang mengetahui adanya kesalahan pertama kali).” (W02)</i> • <i>Kemudian dampak pada pasien ini kan ada cedera berat, ringan, sedang ini definisinya gimana? Biar semua satu pemahaman, karena bisa jadi menurut staf A itu berat, menurut yang lain tidak. Lalu, insiden serupa pernah terjadi, nah ini, insiden serupa pernah terjadi ini terjadi di mana? Apakah di unit atau di rumah sakit? Maksudnya tingkat lokasi terjadinya insiden serupa diperjelas.” (W02)</i> • <i>Kemudian untuk analisis RCA, ini seharusnya bukan analisis RCA tapi hasil analisis penyebab insiden menurut unit. Di formulir pelaporan ini juga perlu ditambahkan usulan terkait bagaimana solusi dari permasalahan dan pencegahan kejadian menurut unit supaya tidak terjadi lagi kedepannya, dan kalau misal</i>

Kode	Kutipan
Perbaikan SIRATU	<i>penyebabnya ada keterlibatan unit lain juga bisa dimasukkan.” (W02)</i>
	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="592 416 1359 640">• <i>“...mesti ada SPO penggunaan (SIRATU), belum semua bisa memahami grading insiden, seharusnya SPO bisa dicantumkan di sebelah (kolom grade insiden). Kolom “kejadian terjadi pada siapa” masih nama poli, nama bangsal, kita bingung, harusnya ini untuk pasien, atau mungkin free text aja.” (F2)</i> <li data-bbox="592 640 1359 1187">• <i>“Kendalanya itu di definisi. Kan dia kayak EMR ya, jadi sekian menit ngga di apa-apain dia akan ke close, akan ke log out, jadi proses pengisian kita ngga tersimpan, hilang begitu aja. Terus, SIRATU juga bisa dioptimalkan dengan penambahan panduan, misalnya di kolom grade resiko, nanti sebelahnya bisa diklik “penentuan grade resiko” yang otomatis langsung terbuka petunjuk penentuan grade resiko itu kayak gimana, dijelaskan secara ringkas dan singkat. Panduannya sudah ada, tapi harus cari lagi di web lain, ngga sekali klik. Panduan juga sekian halaman, nyari mana yang penentuan grade resiko kan perlu cari waktu lagi. Bagian kronologis insiden juga perlu ditambahkan batasan kronologis di keterangan “(tuliskan kronologis insiden dari apa sampai apa)”. (W02)</i>

C. Pembahasan

Dari uraian hasil penelitian di atas, didapatkan dua data yaitu angka insiden keselamatan pasien (IKP) pada tahun 2022 dan 2023 di RS PKU Muhammadiyah Gamping serta 5 tema, 18 kategori, dan 101 kode dari hasil FGD dan wawancara mendalam dengan 12 informan yang terlibat secara langsung dalam sistem pelaporan IKP. Berdasarkan hasil analisis data pertama oleh peneliti, didapatkan peningkatan signifikan dari insiden KNC yaitu dari 2 insiden pada tahun 2022 menjadi 11 insiden di tahun 2023, atau meningkat sebanyak 9 insiden. Pada insiden KTC juga didapatkan peningkatan sebanyak 2 insiden dari tahun 2022 ke 2023. Sedangkan pada KTD didapatkan

penurunan dari 6 insiden pada 2022 menjadi 3 insiden pada 2023, serta KPC sebanyak 4 insiden pada 2022, namun kemudian pada tahun 2023 KPC dihapuskan dan digantikan dengan Kondisi Potensial Cedera Signifikan (KPCS).

Hasil konfirmasi peneliti kepada informan kunci dalam penelitian ini yaitu Ketua Komite Mutu RS PKU Muhammadiyah Gamping melalui wawancara mendalam, peningkatan jumlah insiden KNC dan KTC dipandang sebagai hal positif yaitu adanya peningkatan kesadaran staf untuk melaporkan insiden.

“...kalau menurut analisa Komite Mutu, dilihat dari sisi positifnya yaitu kesadaran staf untuk melaporkan insiden itu meningkat. Bukan berarti yang tahun sebelumnya lebih rendah itu kejadiannya lebih rendah, bisa jadi kejadiannya lebih banyak tetapi tidak dilaporkan.” (W01)

Namun, hal ini berbeda dengan penyampaian informan utama yaitu Sekretaris Komite Mutu serta informan penunjang yaitu pembuat laporan IKP dalam kutipan berikut:

“Menurut saya, budaya pelaporan di sini itu masih kurang, masih perlu ditingkatkan. Jadi petugas itu masih takut melapor karena takut disalahkan..” (W02)

“Ada yang takut ketahuan kalau kejadian itu terjadi pada saat dia jaga.” (F1)

“...kejadian sering atau sama seperti LASA, salah dosis, penyelesaiannya internal, belum ada tindak lanjut dari Tim Mutu, kejadian berulang terus tapi belum menemukan metode penyelesaiannya supaya tidak terjadi, (kalau kejadian) salah obat atau yang berefek ke pasien, KTD biasanya ada tindak lanjut (Tim Mutu), dibahas sampai Mutu.” (F2)

“Cedera yang signifikan kan hanya dilaporkan di unit, dan itu mungkin nanti pelaporannya langsung masuk ke Tim Mutu, cuman untuk tindak lanjutnya tidak langsung segera karena kan mungkin KNC dan lain-lain. Tapi kalau

kejadian jatuh, KTD yang sampai ada cedera biasanya responnya lebih cepat, kita langsung lapor via japri ke Tim Mutu, juga laporan di sistem.” (F5)

Dari apa yang disampaikan informan penunjang dalam FGD, tindak lanjut yang dilakukan oleh Komite Mutu terhadap setiap jenis insiden berbeda-beda. Pada insiden yang sudah menimbulkan cedera bagi pasien, Komite Mutu bertindak cepat dan menyelesaikannya secara holistik, tetapi sebaliknya pada kejadian yang tidak sampai menimbulkan cedera pada pasien seperti KNC dan KTC. Perbedaan tindak lanjut insiden ini dapat menjadi faktor penyebab peningkatan jumlah insiden KNC dan KTC di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Belum ditemukannya metode penyelesaian yang tepat terhadap kejadian KNC dan KTC yang berulang, serta tindak lanjut dari kedua jenis insiden tersebut yang hanya bersifat internal di unit, bisa menjadi faktor kontributor kedua jenis insiden tersebut dilaporkan secara berulang dalam jumlah yang signifikan.

Sejalan dengan penelitian (A. Salsabila & Supriyanto, 2019) di salah satu rumah sakit di Surabaya, insiden KNC juga mengalami peningkatan secara signifikan dari 88 insiden pada 2017 menjadi 168 insiden pada 2018. Setelah dianalisis, didapatkan distribusi insiden KNC berdasarkan faktor kejadian sebelumnya, kejadian berulang atau sudah pernah terjadi di unit kerja lain didapatkan sebagai faktor kejadian terbanyak dengan frekuensi sebesar 112 kejadian atau setara dengan 95,7% (A. Salsabila & Supriyanto, 2019).

Pada kejadian nyaris cedera (KNC), paparan (kesalahan tindakan) belum sampai mengenai pasien sehingga tidak menimbulkan cedera. Dibandingkan

dengan KTD, frekuensi kejadian KNC tujuh hingga seratus kali lebih sering daripada KTD (A. Salsabila & Supriyanto, 2019). Oleh karenanya, apabila data dari KNC dilaporkan tidak dianalisis lebih lanjut untuk membuat *incident causation model* (model penyebab dari insiden), maka KNC dapat berpotensi menimbulkan cedera aktual yaitu KTD (A. Salsabila & Supriyanto, 2019).

Incident causation model menjelaskan bagaimana proses hingga sebuah insiden terjadi, di mana model ini dapat digunakan untuk menganalisis penyebab insiden termasuk KNC guna mencegah pengulangan insiden yang sama di masa mendatang (Wu et al., 2023). Terjadinya KNC di sebuah rumah sakit mengindikasikan terjadinya dua hal yakni tidak adanya perencanaan dan tindakan pemulihan secara informal dalam sistem pelayanan kesehatan atau tidak adekuatnya sistem pelayanan kesehatan (A. Salsabila & Supriyanto, 2019).

Berkebalikan dengan KNC dan KTC, jumlah insiden KTD di RS PKU Muhammadiyah Gamping justru mengalami penurunan. Penanganan insiden yang responsif, tindak lanjut yang holistik, pencarian akar masalah yang mendalam, perbaikan fasilitas, hingga pembelajaran untuk unit dari insiden KTD menjadi kemungkinan penyebab penurunan jumlah insiden KTD. Hal tersebut disampaikan informan dalam FGD maupun wawancara mendalam sebagai berikut:

*“...jadi setelah ada kejadian, Tim Mutu akan membahas tindak lanjutnya perlu sejauh mana, seperti kejadian jatuh (itu) evaluasinya dilihat dari berbagai sisi, jangan-jangan SOP-nya yang sudah tidak relevan, jangan-jangan panduannya yang harus di-update, jangan-jangan orangnya yang tidak mengikuti SOP..”
(F1)*

“Di bangsal saya pernah ada kejadian pasien jatuh karena pakai kateter tapi ke kamar mandi lalu tersrimpet, saat itu pasien ditinggal sendiri, dan tidak ada bel panjang di Kelas III, terus jatuh dan ada luka di pelipis di jahit 3. Alhamdulillah temen-temen menulis kronologi kejadian tersebut, setelah itu dari saya langsung lapor ke Mutu, dan paginya menulis di laporan kejadian. 2 hari kemudian dari Mutu memanggil untuk cross check kejadian dan tindak lanjutnya (yaitu) mengadakan bel panjang di setiap bed.” (F9)

“Kejadian pasien serangan jantung di dalam kamar mandi, tapi karena ternyata di seluruh bangunan di rumah sakit sini itu semuanya masih pakai grendel, jadi proses evakuasinya kita kesulitan karena terkunci. Kemudian dari situ pelaporan langsung dilaporkan dan langsung ditindaklanjuti Tim Mutu. Selain keurgentannya dilihat dari pasien, tim dokter jaga code blue, dan lain-lain sudah bergerak. Dari situ kami lakukan analisis kemudian menjadikan rekomendasi bahwa tidak safety kamar mandi di rumah sakit itu dengan slot. Sehingga kemarin sudah dilakukan penggantian untuk slot itu (dengan) kunci yang lebih safety dok.” (F5)

“Kemarin kejadian (jatuh), dari pembelajaran itu, (bel) sudah diganti semua, jadi mungkin kita tingkatkan lagi di edukasi terkait penggunaan kunci tanpa slot itu tadi, “Bagaimana kalau nanti tiba-tiba terkunci dari dalam, apa yang harus dilakukan oleh keluarga atau dari temen-temen perawat?” Kan bisa menggunakan sendok itu untuk emergency-nya. Nah setelah itu, sampai...saat ini tidak ada lagi kejadian terkunci di dalam (kamar mandi).” (F5)

“Kejadian jatuh kan meningkat, kemudian ada yang KTD juga, lalu kita lakukan RCA. Dari hasil RCA itu rekomendasinya, yang pertama dilakukan pelatihan ulang, refreshing kepada para perawat yang melakukan assesment jatuh dilakukan di 2023 kemarin. Kemudian yang kedua, ternyata dari RCA itu ada juga andil dari panduan yang dibuat, ada satu item yang mestinya ada tapi yang dulu belum ada gitu, kemudian kita tambahkan. Jadi dari sisi regulasi ada perbaikan, kemudian dari sisi pelaksanaannya ada refreshing untuk assesment jatuh termasuk juga upaya intervensi pencegahannya.” (W01)

Penanganan insiden yang responsif oleh tim multidisiplin serta pengkajian penyebab insiden oleh Komite Mutu RS PKU Muhammadiyah Gamping yang mendalam telah berhasil menekan jumlah insiden KTD dan mencegah pengulangan insiden yang sama di kemudian hari. Sejalan dengan penelitian (Wirama & Wibowo, 2023) di RS Prima Medika Denpasar, variabel yang paling berpengaruh pada persepsi perawat dalam melaporkan KTD adalah

sikap perawat (OR 4,33; p value = 0,002). Dari 41 perawat yang memiliki sikap kurang baik (skor ≤ 24) terhadap pelaporan KTD, 34 diantaranya tidak pernah membuat pelaporan KTD, artinya sikap kurang baik pada perawat memberikan pengaruh dalam pelaporan KTD (Wirama & Wibowo, 2023). Sikap positif perawat RS PKU Muhammadiyah Gamping berupa kecekatan dalam menindaklanjuti KTD dan kemauan untuk belajar dari insiden menjadi salah satu determinan penurunan jumlah insiden KTD.

Kegagalan manajerial dalam menindaklanjuti insiden KTD, tidak memadainya proses pelaporan insiden, dan kurangnya pelatihan serta motivasi dalam penerapan sistem pelaporan insiden juga menjadi faktor yang dapat mempengaruhi pelaporan IKP diantara perawat (Susanto & Handiyani, 2023). Oleh karena itu, tindak lanjut cepat dari Tim Mutu RS PKU Muhammadiyah Gamping terhadap insiden KTD melalui pelaksanaan *Root Cause Analysis (RCA)* yang dilanjutkan dengan perbaikan dan pembelajaran di unit juga menjadi faktor kontributor dari penurunan jumlah insiden KTD.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129 tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, target angka insiden keselamatan pasien di rumah sakit adalah 0%, artinya tidak ada satu pun insiden yang dapat membahayakan pasien termasuk kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan, kesalahan pemberian obat, hingga kejadian pasien jatuh (Tristantia, 2018). Jika dibandingkan dengan standar nasional tersebut, maka RS PKU Muhammadiyah Gamping masih belum memenuhi standar nasional pelayanan minimal rumah sakit.

Sebagai perbandingan, di RSUD Nganjuk yang juga merupakan rumah sakit tipe B dan pusat rujukan kesehatan di daerah tersebut, selama periode 2017 - 2018 juga terjadi peningkatan pada dua tipe insiden yaitu kejadian tidak cedera (KTC) dan kejadian tidak diharapkan (KTD) (Fatonah & Yustiawan, 2020). Pada KTD, peningkatan insiden terjadi secara signifikan dari 20 kasus pada 2017 menjadi 40 kasus pada 2018 atau sebesar 11,56% (Fatonah & Yustiawan, 2020). Sedangkan KTC meningkat 3,47% atau dari 14 kasus menjadi 20 kasus (Fatonah & Yustiawan, 2020).

Sebagai perbandingan lainnya, dari 389 kasus IKP di salah satu rumah sakit swasta di Kabupaten Pekalongan pada tahun 2009 hingga 2020, Kejadian Nyaris Cedera (KNC) ditemukan sebagai insiden tertinggi yaitu sebanyak 179 kasus (46%) dengan 66 kasus (36,87%) diantaranya merupakan insiden kesalahan pemberian obat baik resep, rute, maupun dosis (Muaziz & Irnawati, 2022). Temuan ini sejalan dengan peningkatan insiden KNC di RS PKU Muhammadiyah Gamping di mana kesalahan penyiapan obat menjadi salah satu tipe KNC terbanyak:

“Medication error terbanyak adalah salah penyiapan obat tapi seringnya sudah diketahui sebelum sampai terjadi kejadian, jadi masuk ke KNC.” (W01)

Oleh karenanya, tindak lanjut insiden yang holistik dan dikaji secara mendalam seharusnya tidak hanya dilakukan pada tipe insiden KTD yang memang sudah menimbulkan cedera aktual bagi pasien, namun juga perlu diterapkan pada tipe-tipe insiden lainnya seperti KNC, KTC, dan KPCS. Bukan berarti “nyaris”, “tidak” atau “potensial” cedera tidak akan merugikan pasien,

justru perlu dicegah dan dianalisa penyebabnya sejak awal, sehingga tidak terulang di kemudian hari atau bahkan berlanjut menjadi kejadian tidak diharapkan (KTD).

Dari hasil wawancara mendalam dan FGD dengan 12 informan yang terlibat langsung dalam sistem pelaporan IKP di RS PKU Muhammadiyah Gamping, didapatkan lima tema diantaranya pelatihan dan pengembangan, manajemen dan kebijakan, proses pelaporan dan tindak lanjut, sumber daya dan insentif, serta tantangan dan kesulitan. Pada pembahasan ini, peneliti akan mengulas kaitan dari setiap tema dan sub tema dengan keselamatan pasien (*patient safety*), pengaruhnya terhadap pelaksanaan sistem pelaporan IKP di rumah sakit, serta area yang perlu diperbaiki oleh RS PKU Muhammadiyah Gamping.

1. Pelatihan dan Pengembangan

Pelatihan menjadi salah satu program yang diberikan Komite Mutu RS PKU Muhammadiyah Gamping secara rutin kepada staf untuk meningkatkan pemahaman dan keterampilan terkait mutu dan keselamatan pasien. Pelatihan terkait pelaporan IKP telah dilaksanakan dua tahun lalu dalam bentuk *workshop* satu hari dengan berbagai tema (materi) yang diikuti oleh setiap PIC Mutu serta supervisor tiap unit. Berbagai materi yang disampaikan meliputi cara pelaporan insiden di unit, apa yang harus dilakukan oleh petugas ketika terjadi insiden, tipe-tipe insiden, cara menginput pelaporan di EMR, serta mengenai tindak lanjut insiden berupa investigasi sederhana untuk kepala ruang dan *Root Cause Analysis (RCA)*.

Penelitian (Luconi et al., 2019) di Canada yang mengevaluasi dampak *workshop* mengenai *patient safety and quality improvement* dalam program *Continuing Professional Development (CPD)* mendapatkan hasil berupa tingkat kepuasan petugas kesehatan yang sangat tinggi serta pengetahuan dan kepercayaan diri mereka meningkat secara signifikan segera setelah pelatihan dalam bentuk *workshop* tersebut dilakukan. Artinya, program pelatihan tatap muka dalam bentuk *workshop* berkelanjutan seperti yang telah dijalankan Tim Mutu RS PKU Muhammadiyah Gamping, terbukti efektif mendorong petugas kesehatan mendapatkan lebih banyak literasi mengenai *patient safety*, memungkinkan mereka memiliki waktu dan ruang khusus untuk belajar secara intensif mengenai keselamatan pasien, dan berkesempatan untuk saling berinteraksi serta belajar bersama rekan sejawat (Amaral et al., 2023).

Tidak hanya pelatihan *patient safety* dalam bentuk *workshop*, Komite Mutu RS PKU Muhammadiyah Gamping juga memperuntukkan pelatihan *patient safety* secara khusus bagi supervisor dan perawat pelaksana (PIC mutu unit). (Amiri et al., 2018) dalam penelitiannya terhadap 20 supervisor dan 60 perawat di rumah sakit Iran selama 6 bulan, setelah intervensi berupa program *workshop* dua hari, pemasangan poster, dan pendistribusian pamflet mengenai isu-isu dan budaya keselamatan pasien, serta keterampilan mengenai *Teams Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety (Team STEEPS)* dilakukan, peningkatan

skor budaya keselamatan pasien dan perbaikan signifikan pada 5 dari 12 dimensi *patient safety culture* dihasilkan (Amiri et al., 2018).

Kelima dimensi tersebut diantaranya kerja tim dalam unit, keterbukaan komunikasi, serah terima dan transisi (*handoffs and transitions*), pembelajaran dan perbaikan berkelanjutan, serta harapan manajer dan tindakan yang mempromosikan *patient safety* (Amiri et al., 2018). Dengan demikian, pemberdayaan supervisor dan perawat melalui program berbasis pendidikan terbukti menciptakan budaya keselamatan pasien yang efektif (Amiri et al., 2018). Secara keseluruhan, pelatihan yang diimplementasikan sebagai program keselamatan pasien akan meningkatkan pengetahuan, kepercayaan diri, komunikasi efektif, serta menciptakan perubahan nilai dan perilaku staf berupa profesionalitas dalam melakukan perawatan kesehatan, yang pada akhirnya meningkatkan praktik klinis mereka (Amaral et al., 2023).

Pelatihan untuk staf di RS PKU Muhammadiyah Gamping tidak hanya dilaksanakan sekali, melainkan rutin dengan tujuan menyegarkan kembali pemahaman staf. Topik yang disampaikan dalam pelatihan rutin juga disesuaikan dengan kebutuhan staf atau hasil rekomendasi dari RCA. Dengan demikian, keterampilan yang sudah didapatkan oleh staf dari pelatihan terus dikembangkan dan diperbaharui melalui pelatihan rutin yang diadakan Komite Mutu, seperti penyampaian informan berikut:

“Komite Mutu mengadakan pelatihannya ada rutinan, tergantung kebutuhan temen-temen yang perlu direfresh lagi apa, kemarin itu sasaran keselamatan pasien, tentang indikator mutu. Jadi pelatihan itu rutin, cuman materi-materinya kita sesuaikan dengan kebutuhan.” (W02)

“...Dari hasil RCA itu rekomendasinya, yang pertama dilakukan pelatihan ulang, refreshing kepada para perawat yang melakukan assesment jatuh dilakukan di 2023 kemarin..” (W01)

Penelitian (Ghallab & Elewa, 2023) di Al Kaser Al-Ainy *teaching Hospital of Cairo University* mendapatkan hasil berupa peningkatan signifikan dalam skor tes pengetahuan staf keperawatan, dan kepatuhan terhadap sasaran keselamatan pasien segera dan tiga bulan setelah implementasi program pelatihan keselamatan pasien. Dari hasil temuan ini, pertimbangan administrator layanan kesehatan untuk menerapkan program pelatihan keselamatan pasien secara berkala bagi staf menjadi penting untuk menumbuhkan budaya keselamatan pasien serta mendorong kepatuhan staf perawat terhadap tujuan keselamatan pasien (Ghallab & Elewa, 2023).

Dalam *Global Patient Safety Action Plan 2021 – 2030*, WHO juga terus merekomendasikan penerapan program keselamatan pasien serta pengimplementasian *Multi-professional Patient Safety Curriculum Guide* (Amaral et al., 2023). Oleh karena itu, penerapan pelatihan untuk tenaga kesehatan menjadi penting untuk dilakukan, sekaligus sebagai cara penyedia layanan kesehatan untuk mengevaluasi, memantau, dan memastikan pelaksanaan keselamatan pasien (Amaral et al., 2023). Dengan demikian, kejadian jatuh, infeksi terkait perawatan kesehatan, kesalahan obat maupun tindakan, serta tingkat komplikasi pasien dapat dikurangi (Amaral et al., 2023).

2. Manajemen dan Kebijakan

Pengelolaan manajemen dan kebijakan di RS PKU Muhammadiyah Gamping melibatkan kontribusi dari berbagai pihak, mulai dari staf hingga direktur. Komite Mutu bersama tim, termasuk staf (perawat pelaksana di unit), koor shift, PIC Mutu, dan supervisor menjalin kerja sama yang baik dengan manajer dan direktur selaku pejabat struktural. Peran dan kontribusi dari setiap pihak tersebut dalam menjalankan sistem pelaporan IKP di RS PKU Muhammadiyah Gamping bersifat simultan, berkesinambungan, dan menguatkan fungsi jabatan satu dengan yang lainnya, seperti yang disampaikan informan berikut.

“Hasil analisis berupa laporan PMKP kita sampaikan ke Direktur. Nanti Direktur menyampaikan ke pemilik, ke badan. Tapi kalau di laporan itu menyangkut unit-unit yang terkait, misalkan insiden, nanti Direktur akan mendisposisi..” (W01)

“...Dari hasil analisis tersebut muncul rekomendasi tindak lanjut yang harus mendapat persetujuan Direktur untuk pencairan dana perbaikan terkait insiden keluar..” (W01)

“Ketika itu muncul rekomendasi, sampai ke Direktur, Direktur memerintahkan bagian terkait untuk mengganti, gitu. Jadi eksekusi tindak lanjut rekomendasi bukan pada Komite Mutu. Mengeksekusi adalah tanggung jawab dari pejabat struktural yang terkait.” (W01)

Batasan tugas dan tanggung jawab setiap pihak yang jelas dan kesadaran mereka akan perannya juga menjadi faktor yang sangat mempengaruhi optimalnya pengelolaan manajemen di RS PKU Muhammadiyah Gamping, supervisor yang paham bahwasanya pelaporan IKP di unit merupakan tanggung jawabnya bersama PIC Mutu. Komite Mutu menindaklanjuti pelaporan insiden dengan RCA yang menghasilkan

rekomendasi, dan rencana tindak lanjut. Manajer berperan melakukan investigasi sederhana, dan Direktur yang menindaklanjuti rekapitulasi laporan insiden setiap bulan, dalam hal ini adalah laporan PMKP.

Peran dari setiap pihak di dalam tim pelaporan IKP RS PKU Muhammadiyah Gamping pada akhirnya membentuk sebuah pola yang saling bergantung satu dengan lainnya. Sikap saling bergantung yang dimiliki oleh tim, serta pemahaman staf akan pentingnya peran mereka, dan *mindset* bekerja untuk mencapai tujuan organisasi terbukti memiliki pengaruh positif terhadap kinerja organisasi (Ali & Reuben, 2019). Sikap yang demikian jika terus dikembangkan dalam kerja sama tim akan menciptakan keberhasilan dalam suatu organisasi (Ali & Reuben, 2019).

Sebuah departemen dalam hal ini Komite Mutu dapat bekerja lebih lancar dan efisien dikarenakan tim yang terlibat di dalamnya memahami pentingnya pekerjaan mereka serta dampaknya bagi rekan kerja maupun organisasi (Bokaii, 2023). Peran dan tanggung jawab yang ditetapkan dengan jelas seperti yang telah diterapkan oleh Komite Mutu RS PKU Muhammadiyah Gamping dan tim akan meminimalkan permasalahan di tempat kerja yang akan berpengaruh terhadap kinerja tim secara keseluruhan, sehingga efisiensi organisasi meningkat (Bokaii, 2023). Kesadaran setiap anggota akan peran dan tanggung jawabnya akan mendorong kontribusi serta partisipasi penuh mereka dalam tim, sehingga efisiensi dan efektivitas organisasi akan meningkat (Bokaii, 2023).

Optimalnya keterlibatan setiap pihak dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya, tidak lepas dari kesesuaian peran mereka dengan kompetensinya. Hal tersebut dilakukan oleh RS PKU Muhammadiyah Gamping dengan mempertimbangkan pemilihan jabatan secara baik dan mengikuti aturan yang ada, sesuai dengan pernyataan informan berikut.

“Yang menentukan PIC Mutu yang harus handle pelaporan insiden di setiap unit itu dari Supervisornya, karena yang tahu staf di unit itu, siapa yang lebih teliti, inisiatif, atau apa kan Supervisor. Jadi kita serahkan ke Supervisor, biasanya Supervisor setor nama..” (W02)

“Pertimbangannya dari penilaian Tim Mutu, kita anggap mereka bisa melaksanakan tugas dan mereka menyetujui, dan biasanya bermula dari usulan kepala unitnya, kepala ruangnya.” (W01)

“Selama ini, semua (rekapitulasi) pelaporan yang pegang Pak W01 karena beliau memang unitnya di Mutu...banyak hal-hal yang memang beliau lebih tahu, karena...beliau sudah sekian belasan tahun (di Mutu).” (W02)

Sejalan dengan penelitian (Verianto The, 2024) dan (Harwina, 2022) mengenai pengaruh kompetensi terhadap kinerja karyawan, didapatkan bahwa kompetensi memiliki pengaruh yang positif dan signifikan terhadap kinerja karyawan di mana kepuasan kerja memediasi kedua variabel tersebut. Tingkat kompetensi yang tinggi berkorelasi dengan output yang optimal, sehingga kinerja yang efektif bergantung pada sumber daya manusia yang kompeten (Evalina et al., 2022). Dengan demikian, PIC Mutu yang dipilih berdasarkan kompetensinya dan Ketua Komite Mutu yang memimpin bidang yang telah dikuasainya akan menghasilkan *output* pekerjaan yang maksimal, sehingga kinerja yang efektif akan dihasilkan.

3. Proses Pelaporan dan Tindak Lanjut

RS PKU Muhammadiyah Gamping telah menjalankan pelaporan IKP sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1961 Tahun 2011, di mana pelaporan IKP tidak hanya dilakukan di internal rumah sakit, melainkan juga eksternal kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit melalui laman Mutu Fasyankes milik Kemenkes. Mekanisme pelaporan IKP di internal rumah sakit juga sudah dijalankan sesuai pedoman pelaporan IKP yang dikeluarkan oleh Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) Nasional pada 2015. Pelaporan dimulai dari tingkat unit oleh staf, ditindak lanjuti supervisor dan PIC Mutu dengan klarifikasi dan *grading* insiden kemudian dimasukkan ke sistem. Kemudian dilanjutkan di tingkat rumah sakit oleh Komite Mutu dengan menerima laporan dari sistem untuk kemudian dilakukan *regrading* dan tindak lanjut insiden.

Alur dan mekanisme pelaporan yang jelas, didukung tindak lanjut Komite Mutu yang sesuai dengan ketentuan (KKP-RS Nasional, 2015), menjadikan setiap insiden termonitor dan dilaporkan dengan baik ke dalam sistem, sebagaimana dijelaskan beberapa informan berikut.

“Setiap insiden keselamatan pasien dilaporkan mulai dari staf yang menemukan insiden, melapor ke PIC Mutu atau Supervisor, kemudian dari unit membuat laporan di SIRATU..” (W01)

“...Terus Komite Mutu meregrading dan menindaklanjuti sesuai hasil regrading yang benar...selain dilaporkan ke SIRATU, IKP juga kita laporkan ke Kemenkes lewat laporan Mutu Fasyankes rutin setiap bulan, kalau tidak nanti ditegur oleh Kemenkes.” (W01)

“Di (unit) Hemodialisa, seluruh kejadian pada shift yang bersangkutan (menjadi) tanggung jawab Koor Shift (untuk) merekap (insiden), selain pagi ada Supervisor. Jadi dari observasi pasien durante HD sampai ada

kejadian insyaallah termonitor, (insiden) selama 3 bulan (terekap) masuk semua di SIRATU, temen-temen udah ada aware untuk mengisi (laporan) di SIRATU.” (F6)

Alur dan mekanisme pelaporan di RS PKU Muhammadiyah Gamping sejalan dengan yang diterapkan salah satu rumah sakit di Yogyakarta dalam penelitian (Citra Budi et al., 2019). Alur pelaporan dimulai dari penemuan kasus oleh staf, staf membuat laporan secara anonim untuk diserahkan kepada penanggung jawab laporan di ruangan, kemudian dilakukan konfirmasi oleh penanggung jawab sekaligus melengkapi laporan insiden (Citra Budi et al., 2019). Selanjutnya, validasi laporan dilakukan oleh penanggung jawab bersama kepala ruangan. Pemantauan laporan insiden di tingkat ruangan dilakukan oleh penanggung jawab laporan, sedangkan pemantauan di tingkat rumah sakit dilakukan oleh direktur (Citra Budi et al., 2019). Sistem pemantauan laporan insiden pada tingkat yang berbeda terbukti meningkatkan keselamatan pasien (Elkin et al., 2016).

Seperti halnya yang diterapkan oleh RS PKU Muhammadiyah Gamping, pemantauan laporan insiden juga dilakukan baik di tingkat unit (ruangan) oleh PIC Mutu maupun di tingkat rumah sakit oleh Komite Mutu. SIRATU sebagai sistem elektronik yang digunakan oleh RS PKU Gamping dalam mendokumentasikan laporan insiden juga turut memudahkan pemantauan karena laporan insiden yang masuk dapat dilihat secara akumulatif dalam periode minggu hingga bulan tertentu, maupun harian. Hal ini disampaikan Ketua Komite Mutu dalam wawancara mendalam.

“...Nah hasil laporan ini nanti bisa kita lihat laporan yang masuk pada periode tertentu itu berapa, misalkan ini 1 Maret sampai hari ini ada 3 laporan..” (W01)

Sistem pelaporan insiden berbasis elektronik yang digunakan dalam membuat laporan juga perlu disesuaikan dengan kebutuhan pengguna. Dengan seperti itu, keseluruhan insiden yang terjadi dapat terdokumentasikan dengan baik karena kemudahan petugas dalam menggunakan sistem, yang pada akhirnya akan meningkatkan budaya pelaporan insiden (Budi et al., 2021). Pelaporan insiden juga menjadi bukti sebuah rumah sakit melaksanakan upaya keselamatan pasien, karena melalui laporan insiden pencegahan insiden kedua (pengulangan insiden yang sama) dapat dicegah (Citra Budi et al., 2019). Untuk itu, keberhasilan proses pelaporan insiden juga perlu didukung dengan penerapan budaya pelaporan yang tidak menghukum (Citra Budi et al., 2019).

Setiap jenis insiden yang harus dilaporkan di internal rumah sakit meliputi kejadian nyaris cedera (KNC), kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian tidak cedera (KTC), dan Kondisi Potensial Cedera (KPC), dan kejadian sentinel yang terjadi pada pasien (KKP-RS Nasional, 2015). Namun dalam pelaksanaannya, RS PKU Muhammadiyah Gamping masih menemukan beberapa kendala. Staf di unit hanya melaporkan KNC dan KTD, sedangkan KPC tidak dilaporkan.

Menurut salah satu informan, pelaporan KPC tidak dilakukan karena akan terlampau banyak jika setiap KPC dilaporkan, sehingga pada 2023 KPC digantikan dengan KPCS (Kondisi Potensial Cedera Signifikan). Di

sisi lain, penjelasan mengenai KPCS termasuk batasan insiden yang tergolong ke dalamnya juga belum dituangkan ke dalam panduan pelaporan milik rumah sakit. Sedangkan KPCS yang tidak ditindaklanjuti akan berpotensi menjadi kejadian sentinel, seperti penyampaian informan berikut.

“Yang dilaporkan biasanya yang KNC sama KTD, yang KPC mboten, yang potensial-potensial itu tidak kita laporkan karena mungkin banyak ya...paling kita pelaporannya hanya ke pemeliharaan tapi tidak di laporan insiden.” (F1)

“Sebenarnya KPC itu tidak harus dilaporkan, karena kalau itu dilaporkan tiap jam ada itu, sehingga yang dilaporkan adalah yang KPCS. KPCS itu kalau tidak segera diintervensi akan jadi Sentinel. Misalkan contoh, pasien jalan-jalan itu KPC karena potensial jatuh, kalau itu dilaporkan kan setiap saat harus melaporkan. Tapi kalau KPCS, kalau itu nanti terjadi itu akan jadi Sentinel, contohnya, perawat saat mau memasukkan insulin dosisnya berlebihan berkali-kali lipat, dan itu diketahui sebelum obat masuk, itu KPCS, artinya kalau obat itu disuntikkan ke pasien, kemungkinan besar akan jadi Sentinel, pasien meninggal dunia karena dosisnya berlebihan. Jadi yang sebenarnya dilaporkan untuk potensial itu memang yang potensial cederanya signifikan.” (W01)

“Penjelasan mengenai KPCS, insiden KPCS yang perlu dilaporkan belum ada di buku pedoman pelaporan. KPCS baru muncul setelah panduan dibuat, sebelumnya KPC saja, jadi memang perlu direvisi lagi panduannya.” (W01)

Informan juga menyampaikan kendala dalam pelaporan insiden KPC termasuk kerusakan sarana prasarana adalah perlunya rekam medis untuk membuat laporan insiden di SIRATU. Sedangkan KPC belum sampai membuat cedera pada pasien melainkan baru berpotensi, artinya tidak ada rekam medis pasien yang bisa dimasukkan ke dalam formulir. Oleh karena itu, untuk saat ini, permasalahan sarana prasarana dilaporkan oleh PIC Mutu atau supervisor unit ke pihak pemeliharaan, namun respon dari bagian

pemeliharaan kurang responsif. Berikut penyampaian informan mengenai kendala pelaporan KPC.

“Di (SIRATU) kalau kerusakan sarana prasarana itu tidak bisa masuk ke sistem, karena (yang) kita masukkan pertama itu rekam medis.” (F1)

“...misalnya ada ban brankar gembos, ada kursi roda yang apa ini...penguncinya sudah tidak bagus itu tidak dilaporkan paling kita pelaporannya hanya ke pemeliharaan tapi tidak di laporan insiden.” (F1)

“...Tapi memang di pemeliharaan kita belum begitu jalan nggih untuk melihat “ini alat ini layak ngga?”. Sistem (pelaporan) maintenance tidak jelas.” (F1)

Sejalan dengan penelitian (Hamed & Konstantinidis, 2022) mengenai hambatan pelaporan insiden diantara perawat, sistem pelaporan insiden yang tidak memadai serta kurangnya kerja sama antar disiplin dan antar departemen, menjadi hambatan bagi perawat dalam melakukan pelaporan insiden. Perlunya rekam medis untuk membuat laporan insiden di sistem elektronik RS PKU Muhammadiyah Gamping yaitu SIRATU tergolong sebagai hambatan dari sisi tidak memadainya sistem pelaporan. Serta bagian pemeliharaan yang kurang responsif dalam menindaklanjuti kerusakan sarana prasarana termasuk ke dalam hambatan berupa kurangnya kerjasama antar departemen. Kedua hambatan tadi perlu ditemukan jalan keluarnya sehingga potensi KPCS untuk menjadi kejadian sentinel bisa dicegah.

Selain KPCS, insiden terbanyak yang dilaporkan oleh staf di RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah KNC berupa *medication error* seperti *LASA (Look Alike Sound Alike)* dan salah dosis. Dari rekapitulasi laporan insiden periode 2022 – 2023 juga menunjukkan peningkatan insiden KNC

dari 2 menjadi 11 insiden. Demikian juga kejadian pasien jatuh, masih menjadi insiden yang terus berulang meski Komite Mutu telah melakukan perbaikan dari sisi sumber daya manusia dan regulasi. Menurut analisa Ketua Komite Mutu, temuan insiden yang sama dan berulang di RS PKU Gamping sejalan dengan mayoritas *trend insiden* di rumah sakit lain.

“Dari laporan-laporan insiden yang masuk, setelah dianalisis, sering sekali hasilnya sama, insiden terbanyak yaitu pasien jatuh dan medication error...Dan kalau saya lihat trend di rumah sakit-rumah sakit lain ya memang kebanyakan seperti itu, terkait dengan medication error sama kalau di ruang rawat inap ya pasien jatuh itu.” (W01)

Berdasarkan data yang ada, temuan kejadian pasien jatuh baik di tingkat internasional maupun nasional tergolong sering dan menjadi tiga terbesar dalam insiden keselamatan pasien. Di Amerika Serikat, sebanyak 17.293.000 kasus pasien jatuh di 2020 menyebabkan cedera dengan biaya perawatan meningkat sebesar 61% atau setara dengan 85,37 miliar USD setiap tahunnya (Gading, 2018). Di Indonesia sendiri, dari laporan PERSI tahun 2021, pasien jatuh menduduki peringkat kedua kejadian medis di rumah sakit, setelah *medication error* (Gading, 2018). Artinya, jumlah kasus pasien jatuh masih tinggi dan jauh dari standar nasional yaitu 0% kejadian atau diharapkan tidak terjadi di rumah sakit (Tristantia, 2018).

Sama halnya dengan *medication error* di RS PKU Muhammadiyah Gamping, dalam penelitian (Aseeri et al., 2020) di rumah sakit Arab Saudi, sebagian besar kejadian *medication error* yang dilaporkan juga merupakan Kejadian Nyaris Cedera (KNC) sebesar 69,3%. Dari keseluruhan insiden tersebut, terbanyak terjadi pada tahap pemberian obat (36,7%) dengan obat-

obatan *high alert* dilaporkan 281 dari 624 kejadian atau sebesar 45% (Aseeri et al., 2020). Penelitian (Cottell et al., 2020) yang melibatkan 19 rumah sakit di Sweden didapatkan proporsi yang sama pada insiden *medication error* tahap pemberian obat maupun persepan, dengan salah dosis dan persepan tidak lengkap sebagai penemuan tersering.

(Cottell et al., 2020) melaporkan, penyebab yang paling sering menimbulkan insiden *medication error* adalah kurangnya pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan, diikuti oleh beban kerja di mana perawat merupakan pelapor insiden pengobatan terbanyak. Hal yang sama terkait beban kerja juga dirasakan oleh petugas farmasi di RS PKU Muhammadiyah Gamping berikut.

“...semua unit itu ketika mendekati jam waktu pemberian obat itu telfon, jadi ribet gitu, telfonnya bunyi terus, akhirnya giduh gitu lho dok petugasnya untuk menyiapkan. Jadi mungkin itu salah satu potensi yang menyebabkan adanya kekeliruan gitu. Sama ee..pemberian obat high alert dok...penyiapan obat dan...itu sudah overload pekerjaan...penempelan di alat itu harusnya petugas umum yang SMA, tapi kami pun ada dua itu hanya di bidang farmasi saja, itu pun sudah overload dengan pengantaran obat dan penyimpanan obat itu. Nah itu mungkin yang banyak sekali obat high alert-nya tidak ada tempelan high alert-nya dan itu potensi terjadi kekeliruan.” (F2)

“...kejadian sering atau sama seperti LASA, salah dosis, penyelesaiannya internal, belum ada tindak lanjut dari Tim Mutu, kejadian berulang terus tapi belum menemukan metode penyelesaiannya supaya tidak terjadi, (kalau kejadian) salah obat atau yang berefek ke pasien, KTD biasanya ada tindak lanjut (Tim Mutu), dibahas sampai Mutu.” (F2)

Dari penyampaian informan di atas, beban kerja dan metode penyelesaian terkait insiden berulang seperti LASA yang belum ditemukan dinilai sebagai faktor penyebab kejadian *medication error* masih berulang di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Selain mendorong pelaporan dan

pemantauan *medication error*, Komite Mutu sebagai penanggung jawab pelaporan insiden di tingkat rumah sakit juga perlu memfasilitasi diskusi terbuka terkait kendala yang dialami staf di unit, guna membangun budaya *patient safety* yang efektif di rumah sakit (Mutair et al., 2021).

(Mutair et al., 2021) merekomendasikan keterlibatan *stakeholders* dan permintaan pertanggungjawaban sebagai strategi efektif untuk mencegah *medication error* dan meningkatkan sistem pelaporan. Melibatkan *stakeholders* seperti direktur perawat, direktur petugas farmasi, dan komite terkait farmasi dan terapi, akan meningkatkan prioritas perhatian terhadap *medication error* dan menghasilkan keberhasilan implementasi dari upaya perbaikan (Mutair et al., 2021). Koordinasi staf farmasi untuk mengomunikasikan kendala yang dialami kepada pimpinan senior juga diperlukan untuk memastikan setiap praktik yang tidak aman dievaluasi dan ditangani segera (Mutair et al., 2021). Permintaan pertanggungjawaban kepada pihak yang terlibat dalam *medication error* melalui komite atau pimpinan senior juga sangat penting untuk mencapai keberhasilan *medication safety* (Mutair et al., 2021).

Terkait temuan kejadian jatuh yang berulang di RS PKU Muhammadiyah Gamping, Komite Mutu telah menindaklanjuti dengan melakukan *Root Causa Analysis (RCA)*. Dari hasil RCA tersebut, Komite Mutu menyimpulkan beberapa penyebab, salah satunya ketidaktelitian petugas dalam mengisi penilaian (*assesment*) risiko jatuh pada setiap pasien

rawat inap, sehingga intervensi pencegahan jatuh menjadi tidak adekuat, seperti penyampaian informan berikut.

“Hasil analisis sementara, pasien jatuh masih sering terjadi dan berulang selain karena penyebabnya berbeda-beda, juga karena adanya ketidaksesuaian antara penentuan rencana intervensi pencegahan jatuh pada pasien dengan hasil pengkajian tingkat resiko jatuh pasien, ada rendah, sedang, dan tinggi. Maksudnya seperti ini, sebenarnya pasien itu tingkat jatuhnya tinggi, tapi karena proses pengkajiannya tidak tepat, hasilnya bukan resiko tinggi tapi sedang, sehingga intervensinya kan jadi kurang, yang harusnya diobservasi 2 jam sekali malah jadi 6-8 jam sekali, ya ketemunya pasien jadi jatuh. Jadi kalau kesimpulan pengkajiannya tidak sesuai dengan kondisi pasien, intervensinya kan pasti salah, tidak cukup signifikan untuk mencegah pasien jatuh. Nah itu lah yang menurut kami menjadi salah satu faktor yang menyebabkan risiko jatuhnya jadi tinggi.” (W01)

Tidak memadainya pengetahuan staf, kurangnya motivasi, tidak adanya “*champion*”, kurangnya sumber daya, komunikasi yang tidak memadai, program yang tidak berkelanjutan, dan dukungan serta kekurangan akses ditemukan sebagai hambatan dalam *assesment* risiko jatuh dan implementasi pencegahan jatuh di rumah sakit (Gading, 2018). Pengetahuan perawat mengenai cara mencegah pasien jatuh serta kepercayaan diri untuk mengaplikasikannya dengan memanfaatkan sumber daya yang disediakan secara efektif dapat ditingkatkan melalui pelatihan dan pendidikan (Ayton et al., 2017). Cara menghubungkan skor penilaian risiko jatuh dengan intervensi yang tepat juga perlu diedukasikan dalam pelatihan untuk memaksimalkan pencegahan insiden jatuh (Gading, 2018).

Edukasi kepada pasien dan keluarga mengenai cara pencegahan pasien jatuh juga diperlukan. Dalam praktik di lapangan, sebagian besar edukasi tersebut disampaikan kepada pasien secara lisan (Gading, 2018).

Namun dalam penelitian (Hill et al., 2016), penyampaian informasi dan edukasi secara lisan dirasakan tidak spesifik dan tidak praktis bagi pasien lanjut usia. Edukasi menggunakan poster di atas tempat tidur dan selebaran untuk pasien atau keluarga lebih memberikan manfaat bagi pasien berusia 65 tahun (Dykes et al., 2009; Gading, 2018). Pengetahuan yang diberikan secara spesifik pada konteks tertentu mengenai pencegahan jatuh menjadi awal yang penting dalam praktik pencegahan jatuh yang baik (Gading, 2018).

Pasien yang mengalami cedera akibat jatuh akan memberi dampak emosional bagi perawat berupa rasa bersalah, stress, perasaan tertekan, serta kekhawatiran, di mana hal ini dapat menjadi faktor motivasi yang kuat (Gading, 2018). "*Champion*" dalam hal ini adalah staf yang memiliki semangat dalam intervensi pencegahan jatuh serta bersedia mendorong agenda pencegahan jatuh di bangsal akan menjadi individu kunci dalam keberlanjutan dan penerapan intervensi pencegahan jatuh di unit (Gading, 2018). Inovasi yang telah dihasilkan dari perbaikan insiden jatuh sebelumnya, misalnya modifikasi sarana prasarana juga dalam penggunaannya perlu disosialisasikan kepada pasien dan staf. Dengan demikian, interaksi antara klinisi dan inovasi akan menghasilkan keberhasilan perubahan dalam intervensi pencegahan jatuh.

Dari sisi tindak lanjut dan penyelesaian insiden yang dilakukan, Tim Mutu RS PKU Gamping telah melaksanakannya sesuai dengan ketentuan dalam pedoman pelaporan IKP yang diterbitkan (KKP-RS Nasional, 2015).

Dari setiap laporan insiden yang diterima melalui SIRATU, Tim Mutu melakukan *regrading insiden* untuk menentukan tipe analisis yang sesuai. *Grading* biru dan hijau ditindaklanjuti dengan investigasi sederhana oleh atasan unit terkait, misalnya manajer pelayanan. Sedangkan *grading* kuning atau merah diselesaikan dengan *RCA (Root Cause Analysis)* yang melibatkan individu (staf) dan unit-unit yang bersangkutan.

Setiap insiden yang telah dianalisis baik dengan investigasi sederhana maupun RCA, dihasilkan rekomendasi tindak lanjut. Rekomendasi tersebut dapat berupa perubahan regulasi, Standar Operasional Prosedur (SOP), item di dalam *Electronic Medical Record (EMR)*, hingga pelatihan ulang bagi staf untuk menyegarkan kembali pemahaman mereka. Setiap tiga bulan, dari keseluruhan laporan yang masuk dilakukan pengolahan dan analisis data oleh Komite Mutu menjadi laporan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) yang dilaporkan ke Direktur. Di dalamnya, data insiden dibandingkan dari waktu ke waktu membentuk *trend* insiden yang kemudian muncul rekomendasi tindak lanjut. Selain kepada Direktur rumah sakit, Komite Mutu juga melaporkan IKP setiap bulan ke Kementerian Kesehatan melalui *website* Mutu Fasyankes.

Selain dari tindak lanjut Komite Mutu yang sudah memenuhi ketentuan, tenaga medis RS PKU Gamping yang menangani insiden di lapangan juga menunjukkan sikap responsif dan cekatan dengan tetap mengedepankan ketepatan waktu pelaporan. Dengan demikian, tindak lanjut oleh Komite Mutu dapat dilakukan secara cepat dan menghasilkan

rekomendasi yang tepat. Rekomendasi tindak lanjut yang dihasilkan juga tidak hanya tertulis melainkan direalisasikan dengan sangat baik oleh pihak rumah sakit seperti penyampaian informan dalam pernyataan berikut.

“Kejadian pasien serangan jantung di dalam kamar mandi...dari situ pelaporan langsung dilaporkan dan langsung ditindaklanjuti Tim Mutu...tim dokter jaga code blue dan lain-lain sudah bergerak. Dari situ kami lakukan analisis kemudian menjadikan rekomendasi bahwa tidak safety kamar mandi di rumah sakit itu dengan slot. Sehingga kemarin sudah dilakukan penggantian untuk slot itu (dengan) kunci yang lebih safety.” (F5)

“Di (bangsal) N, anak-anak itu jatuh karena bed-nya yang digunakan itu bed dewasa. Jadi anak-anak itu mbrobos ke sela-selanya itu. Nah itu dengan cepat nggih, sudah terealisasi dengan bertahap..” (F1)

Pendekatan tim multidisiplin dalam layanan perawatan kesehatan oleh gabungan profesi kesehatan seperti dokter, perawat, dan spesialisasi lain bertujuan untuk menghilangkan kesalahan medis dalam layanan (Kaya & Yuceler, 2016). Keberhasilan pencegahan kesalahan medis tersebut bergantung pada koordinasi kerja semua anggota tim multidisiplin serta kompetensi individu (Kaya & Yuceler, 2016). Apabila perbaikan dalam praktik ingin dicapai sebagai upaya meningkatkan *patient safety* di rumah sakit, kerja tim menjadi salah satu komponen penting dari inisiatif awal perbaikan kualitas (Kaya & Yuceler, 2016).

Untuk mencapai perbaikan secara efisien dan efektif, kerja sama tim lebih penting dalam sebuah organisasi dibandingkan pekerjaan yang dilakukan secara individual (Assbeihat, 2016). Anggota tim penanganan insiden di RS PKU Muhammadiyah Gamping telah menyadari semua aspek tim berupa pengetahuan, keterampilan, dan perilaku yang dimiliki setiap

disiplin ilmu, sehingga eksekusinya berjalan dengan baik (Assbeihat, 2016). Ketika semua anggota tim mengimplementasikan praktik kolaboratif, maka kinerja tim akan meningkat dan tujuan tim akan tercapai (Assbeihat, 2016).

Kerja sama tim yang baik di lapangan, dilanjutkan dengan tindak lanjut Komite Mutu yang responsif, dan rekomendasi yang direalisasikan dengan sangat baik oleh pihak rumah sakit, membentuk siklus kerja sama tim yang simultan. Kerja sama tim yang dibarengi dengan pengetahuan dan gaya kepemimpinan yang baik, secara simultan berpengaruh terhadap budaya keselamatan pasien di rumah sakit (Febriansyah et al., 2020). Dengan adanya tim, tercapainya tujuan yang ditetapkan akan lebih efektif karena pengambilan keputusan secara cepat dan efisien lebih mungkin untuk dilakukan (Febriansyah et al., 2020). Dengan demikian, perubahan signifikan ke arah peningkatan *patient safety* dapat terlihat dari dukungan masukan dan *feedback* kepada karyawan yang diberikan oleh Komite Mutu dalam bentuk rekomendasi (Febriansyah et al., 2020).

Dalam menindaklanjuti insiden yang memerlukan analisis RCA, Komite Mutu RS PKU Muhammadiyah Gamping melibatkan setiap pihak yang terlibat dalam insiden tersebut. Penemu insiden, penulis laporan, petugas yang terlibat saat kejadian, unit-unit terkait, dan seluruh Komite Mutu diundang dalam rapat untuk mendiskusikan *detail* kejadian dan mencari akar penyebab insiden. Selain itu, ketepatan waktu dalam menyelesaikan RCA terhadap insiden *grade* kuning dan merah juga selalu dicapai oleh Komite Mutu bersama tim RCA. Dengan seperti itu,

rekomendasi yang didapatkan dari analisis RCA akan tepat dan sesuai karena merupakan hasil diskusi dari berbagai sudut pandang, seperti yang disampaikan informan berikut.

“Kejadian jatuh kan meningkat, kemudian ada yang KTD juga, lalu kita lakukan RCA. Dari hasil RCA itu rekomendasinya, yang pertama dilakukan pelatihan ulang, refreshing kepada para perawat yang melakukan assesment jatuh dilakukan di 2023 kemarin. Kemudian yang kedua, ternyata dari RCA itu ada juga andil dari panduan yang dibuat, ada satu item yang mestinya ada tapi yang dulu belum ada gitu, kemudian kita tambahkan. Jadi dari sisi regulasi ada perbaikan, kemudian dari sisi pelaksanaannya ada refreshing untuk assesment jatuh termasuk juga upaya intervensi pencegahannya.” (W01)

“Komite Mutu pasti punya kemampuan untuk RCA ditambah unit-unit yang terkait, biar punya masukan yang pas, kemudian juga pembelajaran yang pas juga untuk unit-unit yang terkait itu.” (W01)

Menganalisis akar penyebab insiden dengan melibatkan berbagai pihak dan unit serta dilaksanakan secara tepat waktu akan menghasilkan upaya intervensi dan pembelajaran bagi unit yang lebih tepat. Teknik RCA telah digunakan di institusi layanan kesehatan secara internasional dan terbukti berguna untuk memahami faktor penyebab langsung maupun tidak langsung yang berkontribusi terhadap kejadian IKP (Martin-delgado et al., 2020). Studi kasus (Liepelt et al., 2023) mengenai pengalaman tim terhadap proses RCA pada kejadian sentinel berupa kematian bayi lahir di rumah sakit Norwegia melaporkan, intervensi RCA oleh kolaborasi antar profesional atau tim multidisiplin dapat mempengaruhi organisasi layanan kesehatan, meningkatkan pengalaman kerja tim staf layanan kesehatan, sekaligus memfasilitasi peningkatan dalam proses kerja dan keselamatan pasien.

Penelitian serupa oleh (Ono et al., 2019) di *Harvard Medical School* menyimpulkan, implementasi RCA retrospektif oleh tim multidisiplin dapat memberikan kesadaran yang lebih besar kepada tenaga kesehatan terkait kompleksitas *pneumatic tube delivery system* (PTDS) yang akhirnya menyebabkan keterlambatan transfusi eritrosit kepada pasien. RCA oleh tim multidisiplin juga mampu meningkatkan kesadaran *stakeholders* akan perannya dan mendorong kolaborasi antar departemen untuk mencegah pengulangan insiden di masa mendatang dengan menggunakan prinsip-prinsip peningkatan kualitas (Ono et al., 2019).

Secara keseluruhan, peneliti menilai proses pelaporan dan tindak lanjut yang dilakukan RS PKU Muhammadiyah Gamping terhadap insiden keselamatan pasien (IKP) telah berjalan dengan baik, sistematis, dan efisien. Hal ini dibuktikan dengan alur pelaporan yang terkoordinir, ketepatan waktu pelaporan, penanganan RCA yang efisien, pembelajaran yang dihasilkan bagi unit, pencegahan pengulangan insiden yang dilakukan, serta perbaikan dari insiden yang ada. Dengan seperti itu, pembelajaran yang dihasilkan dari insiden akan menjadi modal awal yang baik untuk peningkatan *patient safety*.

4. Sumber Daya dan Insentif

Sumber Daya Manusia (SDM), alat dan teknologi, pendanaan, serta *reward* dan apresiasi juga turut mendukung berjalannya sistem pelaporan IKP di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Baik pejabat struktural maupun pelaksana di unit, masing-masing menjalankan peran dan memberikan

kontribusinya untuk menunjang tindak lanjut insiden yang efisien dan efektif. Kejelasan peran dari setiap pihak maupun tim, mulai dari perawat, koordinator shift, supervisor di unit, Komite Mutu, hingga manajer serta direktur menghasilkan koordinasi tim yang efektif sehingga eksekusi perbaikan terkait insiden untuk meningkatkan kualitas mutu dan layanan menjadi lebih maksimal.

Kerja sama tim dalam unit kerja akan terlihat dari bagaimana mereka berkoordinasi dan bekerja sama untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik (Shameela & Sulistiadi, 2024). Kejelasan peran dalam hal ini adalah beban kerja tim yang dibagi secara merata dan tepat akan memudahkan staf dalam menyelesaikan tugas yang diberikan (Shameela & Sulistiadi, 2024). Dengan begitu, efektivitas kerja tim akan dihasilkan, yang jika dibarengi dengan pengamatan dan evaluasi secara berkala serta dukungan staf dalam penerapan program budaya keselamatan pasien akan menghasilkan peningkatan kualitas *patient safety* di rumah sakit (Shameela & Sulistiadi, 2024).

Kontribusi setiap peran tadi juga difasilitasi oleh Komite Mutu melalui rapat rutin yang diselenggarakan setiap bulan. Rapat rutin ini terbagi menjadi rapat khusus dan rapat besar. Rapat khusus diperuntukkan bagi pengurus Komite Mutu di minggu kedua dan keempat untuk membahas rekap laporan insiden per dua minggu serta RCA (jika diperlukan). Sedangkan rapat besar diperuntukkan bagi semua unit, termasuk supervisor, manajer, dan direktur untuk membahas indikator mutu dan capaiannya. Hal

tersebut dilakukan sebagai bentuk pertanggungjawaban dari Tim Mutu kepada rumah sakit, seperti yang disampaikan informan berikut.

“...tiap bulan sekali itu ada rapat yang dihadiri oleh seluruh struktural (sebagai bentuk) pertanggungjawaban dari Tim Mutu itu.” (F1)

“Per tahun ini ada rapat rutin Komite Mutu setiap bulan di minggu kedua, ketiga, dan keempat, kalau tahun lalu kita setiap minggu. Tahun ini, yang di minggu kedua dan keempat itu rapat khusus Komite Mutu. Minggu ketiga itu rapat Mutu untuk semua unit, rapat besar semua supervisor, manajer, direktur diundang, terus dibahas satu-satu terkait indikator mutu unitnya, dari hasil capaian bulan sebelumnya. Misal kita rapat bulan Maret, maka disampaikan hasil bulan Februari, ini ada insidennya berapa, kemudian hasil mutunya gimana, apakah sesuai target atau ngga, apakah terjadi penurunan atau ngga, kemudian dari pasien ada masukan apa, terkait apa. Biasanya dibahas juga itu review dan survei kepuasan pasien terhadap pelayanan. Di situ dibahas masukan-masukan pasien yang perlu perhatian dari banyak unit.” (W02)

“...di setiap minggu ketiga itu ada pertemuan untuk seluruh unit kerja yang itu memang pertemuannya untuk Mutu, seluruh struktural ikut di situ, artinya seluruh unit terwakili..” (W01)

Rapat rutin yang diselenggarakan oleh Komite Mutu dapat menjadi cara untuk memaksimalkan kontribusi dari setiap bagian (divisi), sehingga tujuan perbaikan keselamatan pasien di rumah sakit akan tercapai secara efisien. Bagi staf maupun *stakeholders*, rapat rutin dapat menjadi forum untuk berbagi informasi, mendapat *update* tentang progres pekerjaan tiap divisi sejak rapat terakhir, *brainstorming* untuk mencari solusi, serta membuat keputusan terhadap suatu masalah (Mroz et al., 2018).

Bagi pimpinan, dalam hal ini adalah Ketua Komite Mutu, rapat rutin dapat dimanfaatkan sebagai forum diskusi dan perumusan arah strategi organisasi untuk bagaimana mengimplementasikan perubahan, sekaligus mengevaluasi apa yang telah dikerjakan, mana yang sudah berjalan baik,

dan apa yang bisa ditingkatkan (Mroz et al., 2018). Dengan demikian, perbaikan *patient safety* akan tercapai lebih mudah.

Selain dari sisi sumber daya manusia yang memiliki kemampuan kolaborasi dan kerja sama yang baik dalam pelaporan insiden, RS PKU Muhammadiyah Gamping juga menyediakan alat dan teknologi untuk memudahkan proses pelaporan insiden keselamatan pasien. Ketersediaan alat dan teknologi ini dirasakan sebagai kemudahan oleh staf di unit hingga *stakeholders* dalam hal pengaksesannya, sehingga hal ini mendukung proses mereka dalam pelaporan IKP di RS PKU Gamping, seperti penyampaian informan berikut.

“Pedoman dan panduan bisa diakses di SIDOKAR, semua unit bisa akses, akses tidak harus melalui komputer unit karena masuknya pakai username, bisa diakses dari rumah (juga oleh) tiap-tiap nakes.” (F10)

“Di EMR, kemudian di situ ada SIRATU yang di dalamnya ada pelaporan insiden, dengan memasukkan nomor rekam mediknya, kemudian nanti muncul formulir yang harus diisi, isinya sama seperti formulir di panduan KKP-RS Nasional..” (W01)

Mulai dari panduan pelaporan, formulir pelaporan, hingga Standar Prosedur Operasional (SPO) untuk berbagai unit di RS PKU Muhammadiyah Gamping, keseluruhannya diintegrasikan dalam satu sistem yaitu SIDOKAR atau Sistem Informasi Dokumen Akreditasi KARS. Di samping itu, segala bentuk laporan yang dibuat di RS PKU Muhammadiyah Gamping juga diintegrasikan dalam satu sistem bernama SIRATU. Baik SIDOKAR maupun SIRATU, keduanya dirasakan staf membantu dalam hal fleksibilitas dan kemudahan akses. Hal tersebut disampaikan informan sebagai berikut.

“SIDOKAR itu sistem dari lembaga akreditasi yang dari KARS nya, rumah sakit lain pun juga pakenya sama, SIDOKAR itu tempat seluruh SPO-SPO itu dikumpulkan...Nah itu semua unit bisa akses, bisa diakses dari rumah, tiap-tiap nakes bisa mengaksesnya, jadi pedoman pun juga bisa diakses di situ, bahkan tidak hanya pedoman soal itu saja, tapi seluruh pedoman di rumah sakit ini tuh ada di situ, maksudnya tinggal kita search aja, kita mau cari pedoman tentang farmasi, pelayanan, insiden, atau tentang apa itu tinggal kita search aja di situ.” (W02)

“SIRATU isinya ada untuk laporan kejadian, laporan indikator mutu, laporan manajemen bed, surveilans HAIs, laporan kejadian reaksi misalnya reaksi transfusi, reaksi pemberian obat; semua staf bisa menginputnya.” (F5)

“Para staf sudah tahu saat ada kejadian insiden keselamatan harus segera dilaporkan, semua punya ID untuk akses pengisian (pelaporan) di SIRATU, ada grup (WhatsApp) bangsal, kronologis (insiden) lebih cepat tersampaikan.” (F7)

“...kemudian SPV mengisi laporan di EMR dan koordinasi dengan Tim Mutu, namun setiap staf bisa langsung menginput (insiden ke EMR).” (F5)

Fleksibilitas dan kemudahan akses yang dirasakan staf dalam menggunakan alat dan teknologi menghasilkan kemudahan proses pelaporan dan pembelajaran dari insiden. Hal tersebut disampaikan beberapa informan berikut dalam FGD maupun wawancara mendalam.

“Ketika ada kejadian, koordinator shift berdiskusi kronologis kejadian (dengan petugas lain) lalu melaporkan dan konfirmasi ke SPV bangsal, kemudian SPV mengisi laporan di EMR dan koordinasi dengan Tim Mutu, namun setiap staf bisa langsung menginput (insiden ke EMR).” (F5)

“Hasil kesimpulan analisis insiden, disosialisasikan lewat laporan yang bisa diakses semua unit sebagai pembelajaran..” (W02)

Penggunaan teknologi dalam pelaporan insiden berpengaruh terhadap jumlah insiden yang dilaporkan (Rahmawati & Marwati, 2020). Dari studi dokumentasi di salah satu rumah sakit daerah di Yogyakarta, pelaporan IKP

terkait kesalahan identifikasi mengalami penurunan dari tahun 2016 – 2018 sebanyak 47, 44, dan 16 kasus oleh karena beberapa faktor, salah satunya adalah kesulitan staf mencari formulir pelaporan insiden (Citra Budi et al., 2019). Hal ini menjadikan pertimbangan pengembangan sistem pelaporan insiden berbasis elektronik menjadi penting (Citra Budi et al., 2019). Sistem pelaporan insiden berbasis elektronik berkontribusi dalam banyak hal, diantaranya meningkatkan jumlah insiden yang dilaporkan, kecepatan waktu pelaporan (kurang dari 48 jam), kemudahan pelaporan, dan pemberitahuan insiden (Elliott et al., 2014).

Dengan adanya SIRATU, setiap IKP di RS PKU Muhammadiyah Gamping dapat terdokumentasikan dengan baik. Ditambah dengan hasil kesimpulan analisis insiden yang rutin disosialisasikan tiap tiga bulan dalam bentuk laporan PMKP yang diunggah di dalam sistem dan dapat diakses oleh tiap unit, RS PKU Muhammadiyah Gamping dapat mengambil pembelajaran dan evaluasi dari kejadian sebelumnya. Di mana hal ini dapat digunakan untuk mengubah perilaku, meningkatkan pengetahuan staf, dan mengembangkan kesadaran staf mengenai risiko dalam pelayanan (Rahmawati & Marwati, 2020). Dengan demikian, penggunaan SIRATU dan SIDOKAR untuk menggantikan sistem pelaporan dan dokumentasi berbasis kertas mampu meningkatkan pelaporan insiden dan keselamatan pasien (Citra Budi et al., 2019).

Selain didukung dengan sumber daya manusia, alat, dan teknologi, sistem pelaporan insiden keselamatan pasien juga perlu didanai secara

mumpuni terkait dengan perbaikan dari insiden. Perbaikan tersebut dapat berupa sarana prasarana maupun pelatihan bagi staf untuk *refresh* dan *upgrade* pengetahuan serta keterampilan. Terkait pendanaan untuk pelaporan IKP baik untuk perbaikan maupun *reward* dan insentif, Komite Mutu tidak menganggarkan secara khusus melainkan digabungkan dengan pendanaan Komite Mutu secara umum, seperti penyampaian informan berikut.

“Kalau pelaporan insiden ngga ada dana khusus, adanya dana untuk Komite Mutu secara umum..” (W02)

“Pendanaan perbaikan sarana prasarana yang menyebabkan insiden itu dari rumah sakit atas usulan Komite Mutu tapi tidak dimasukkan ke perencanaan anggaran, karena apa ya kita mau merencanakan tindak lanjut insiden. Misalnya, bed rail anak karena urgent insyaAllah pasti disetujui untuk pengeluaran biaya keselamatan pasien.” (W01)

“...Dana komite mutu alokasinya untuk konsumsi rapat, tiga kali workshop besar dalam 1 tahun yang melibatkan seluruh rumah sakit, dana by case untuk jaga-jaga misal ada insiden atau sesuatu, sama dana reward.” (W02)

(Akinleye et al., 2019) dalam penelitiannya tentang korelasi antara keuangan rumah sakit dengan kualitas dan keselamatan perawatan pasien, didapatkan hubungan yang jelas antara kinerja keuangan rumah sakit dengan skor kinerja kualitas atau keselamatan pasien rumah sakit ($p < 0,001$) pada 108 fasilitas perawatan di *New York State*. Temuan ini menunjukkan bahwa rumah sakit dengan finansial yang stabil lebih mampu mempertahankan sistem yang sangat handal dan menyediakan sumber daya berkelanjutan, sehingga kualitas perawatan dan keselamatan pasien meningkat (Akinleye et al., 2019).

Terkait pendanaan untuk *reward* dan apresiasi, Komite Mutu juga tidak memberikannya secara khusus kepada pelapor insiden, melainkan untuk unit berdasarkan kualitas mutunya secara umum. *Reward* untuk kualitas mutu unit tersebut pernah diberikan Komite Mutu setelah pengecekan indikator mutu secara rutin di setiap unit dilakukan. Sekretaris Komite Mutu RS PKU Muhammadiyah Gamping dalam wawancara mendalam menyampaikan terkait efektivitas pemberian *reward* bagi unit untuk meningkatkan budaya pelaporan sebagai berikut.

“...Menurut saya, reward efektif untuk meningkatkan budaya pelaporan, tapi belum pernah dicoba.” (W02)

“Untuk meningkatkan budaya pelaporan, baiknya reward untuk unit bukan per orang. Karena kalau perorangan agak aneh, misalnya perawat salah nyuntik obat, lalu dia lapor, terus dapat hadiah, kan nggak ya, jadi yang dikasih reward adalah unitnya dimana itu terlihat dari hasil pelaporannya, pelaporan kronologis, dan lainnya lengkap, ketepatan waktu pelaporan, kualitas isi pelaporan, gitu. Ketika hasilnya baik, maka awareness pelaporan unit tersebut juga baik.” (W02)

Reward merupakan salah satu faktor yang cukup menentukan bagaimana seorang perawat melakukan kinerjanya secara maksimal (Sultan & Yuly Peristiowati, 2023). Perasaan dihargai dan diapresiasi dari pemberian *reward* akan berimplikasi pada motivasi perawat, yang pada akhirnya berdampak pada kinerja perawat yang maksimal (Sultan & Yuly Peristiowati, 2023). Penelitian (Novita et al., 2022) juga mendapatkan hal yang serupa bahwa sistem *reward* dan motivasi kerja memiliki pengaruh signifikan terhadap persepsi kinerja perawat yang dimediasi oleh komitmen

organisasi. Pelaporan insiden sebagai bagian dari pekerjaan perawat juga akan meningkat seiring dengan maksimalnya kinerja perawat.

Dalam pelaksanaannya, sistem pelaporan IKP di RS PKU Muhammadiyah Gamping tidak diperuntukkan untuk *punishment* melainkan mencegah pengulangan insiden, seperti penyampaian informan berikut.

“Melapor insiden itu tujuan utama(nya) untuk mengevaluasi akar permasalahan sebenarnya disebabkan oleh apa, dengan harapan tidak terjadi di unit lain atau di unit yang terjadi itu. Jadi jangan sampai (tidak melapor insiden karena) takut punishment...itu yang coba ditanamkan bahwa sistem pelaporan ini tidak untuk punishment. Tapi kalau memang itu error-nya dari orangnya, tentu akan ada pembinaan dari (Tim) Mutu.” (F1)

Non-punitive system atau sistem tidak menghukum termasuk ke dalam karakteristik sistem pelaporan insiden keselamatan pasien yang sukses menurut *WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning System* (Dhamanti et al., 2019; WHO, 2005). Pelapor sudah semestinya bebas dari rasa ketakutan terhadap hukuman dari orang lain karena pelaporan mereka (Dhamanti et al., 2019). Baik pelapor maupun individu lain yang terlibat dalam IKP tidak dapat dihukum karena melaporkannya (WHO, 2005). *Non-punitive system* dapat diwujudkan dengan merahasiakan laporan dan kesalahan individu atau tim terkait insiden dari *whistle-blowers* (pengungkap rahasia), sehingga asumsi bahwa seseorang bersalah ataupun keinginan kuat pihak tertentu untuk menghukum “pelaku” tidak terbentuk (WHO, 2005).

5. Tantangan dan Kesulitan

Dalam pelaksanaannya, sistem pelaporan IKP di RS PKU Muhammadiyah Gamping masih mengalami beberapa tantangan dan kesulitan. Dalam proses pelaporan insiden dan tindak lanjut, mayoritas informan dalam FGD menyampaikan kesulitannya dalam mengklasifikasikan insiden, apakah termasuk ke dalam KTD, KNC, KTC, KPCS, atau Sentinel. Setelahnya, menentukan *grading* dan tipe analisis dari insiden juga masih membingungkan bagi pembuat laporan yaitu PIC Mutu dan supervisor unit. Berikut penyampaian informan terkait hal tersebut.

“(Pengklasifikasian insiden keselamatan pasien, apakah ini Sentinel, KTD, KNC, dll) masih membingungkan.” (F5)

“...Walaupun laporan yang masuk ini nanti tetap divalidasi lagi oleh Komite Mutu, banyak yang masih agak bingung yang mestinya bukan KTD tapi ditulis KTD gitu.” (W01)

“(Untuk mengklasifikasikan IKP) biasanya memang masih agak bingung mendefinisikan. Cuman kalau saya sendiri, cari di google atau buka pedomannya untuk definisinya ini seperti apa, ini bakal masuk ke mana, baru nanti dilaporkan. Kalau mendefinisikan langsung saya masih kadang suka salah, oh ini harusnya KPC, ini KNC, oh ini KTD..” (F10)

“Kesulitan kami juga di laporan insiden itu kan ada 5W itu ya, kemudian yang paling bawah itu ada RCA. Nah kadang kami itu bingung (tertawa kecil) kasus mana yang harus di RCA, mana yang, nah itu yang mungkin tahap-tahapannya temen-temen dan kami yang masih sok gimana...diskusikan. (Apakah analisisnya menggunakan 5W atau RCA) masih banyak belum dipahami temen-temen (staf).” (F5)

“Kejadian insiden KTD, KNC, itu belum semua bisa memahami yang grade-grade hijau yang kayak gimana. Kalau (mengklasifikasikan) KTD bisa, cuman grade-nya itu lho.” (F2)

Dari kesulitan yang dialami PIC Mutu serta supervisor unit dalam proses membuat laporan insiden, masukan untuk memudahkannya juga

disampaikan. Namun, sebaliknya, Ketua Komite Mutu berpendapat bahwa masih ada batas toleransi kekeliruan petugas dalam membuat laporan IKP karena masih akan divalidasi ulang oleh Komite Mutu, berikut penyampaianya.

“...pokoknya (pengklasifikasian insiden) itu memang harus ditelaah dulu, jadi memang lebih enak itu ada definisi plus contoh (di SIRATU), itu untuk yang bisa memudahkan semua orang.” (F10)

“...Jadi mungkin (pembedaan tipe analisis) sudah diterapkan di sistem itu jadi memudahkan (pelaporan).” (F5)

“Untuk menggolongkan insiden menjadi KTD, KNC, atau lainnya ngga masalah kalau dari unit masih salah atau belum sesuai, karena yang penting mereka melaporkan, kalau diminta harus benar nanti malah ngga melaporkan. Misal KNC dilaporkan KTD pun ngga masalah, nanti dari Komite Mutu kan akan melihat dari kronologis kejadian dan hasil investigasinya cocoknya kemana, yang penting setiap insiden dilaporkan dalam 2x24 jam.” (W01)

Pemahaman mengenai jenis, *grade*, dan tipe analisis insiden sudah seharusnya dikuasai oleh pembuat laporan, dalam hal ini yaitu PIC Mutu dan supervisor unit. Dengan memahami ketiga hal tadi, *awareness* pembuat laporan tentang urgensi insiden yang dilaporkan juga meningkat. Perbedaan pendapat antara pembuat laporan yaitu PIC Mutu dan supervisor unit dengan penerima laporan yaitu Komite Mutu terkait pemahaman akan jenis dan tipe analisis insiden perlu ditemukan jalan tengahnya. Dengan adanya pengetahuan yang adekuat akan insiden yang dilaporkan, kemudahan membuat pelaporan akan didapatkan, proses membuat laporan menjadi lebih efektif dan efisien, yang akhirnya akan meningkatkan jumlah insiden yang dilaporkan.

Studi kualitatif oleh (Pramesona et al., 2023) mengenai alasan rendahnya pelaporan IKP di kalangan perawat Indonesia didapatkan beberapa temuan, salah satunya yaitu pemahaman perawat tentang pelaporan insiden. Kurangnya pemahaman perawat tentang prosedur pelaporan dan isi laporan insiden, seperti jenis insiden, kapan, dan bagaimana cara melaporkannya menjadi salah satu faktor penyebab rendahnya pelaporan insiden (Pramesona et al., 2023). Studi (Dhamanti et al., 2022) juga menemukan kurangnya pengetahuan dan pemahaman tentang pelaporan insiden sebagai satu faktor yang berkontribusi terhadap rendahnya pelaporan IKP di Indonesia.

Terdapat tiga tahap penting dalam pelaporan *patient safety incidents* (PSI); kesadaran dan pengetahuan tentang sistem, kemampuan mengenali insiden yang dapat dilaporkan, dan kemampuan mengatasi hambatan apapun dalam pelaporan (Rashed & Hamdan, 2019). Kegagalan dalam menyelesaikan fase pertama dalam rangkaian tersebut dipengaruhi oleh kurangnya kesadaran dan pengetahuan mengenai sistem pelaporan, yang pada akhirnya dapat menyebabkan kegagalan dalam pelaporan insiden secara keseluruhan (Pramesona et al., 2023).

Selain untuk memudahkan pelaporan, mengembangkan pengetahuan tentang keselamatan pasien juga penting bagi perilaku perawat dalam mencegah kesalahan saat memberikan perawatan pasien (Di Simone et al., 2018). Oleh karena itu, pemberian edukasi secara spesifik mengenai pelaporan insiden, didukung dengan pembelajaran yang adekuat, tidak

hanya penting untuk meningkatkan niat perawat dalam melaporkan insiden, namun sekaligus sebagai upaya mencegah terjadinya insiden keselamatan pada pasien (Pramesona et al., 2023).

Hal kedua yang menjadi hambatan dalam pelaporan IKP di RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah insiden yang terjadi pada petugas masih sulit dilaporkan ke sistem karena petugas tidak memiliki rekam medis seperti halnya pasien. Beberapa kali juga informan FGD mendapati tindak lanjut insiden terhadap petugas terlambat.

“...beberapa kali saya menemukan insiden ke petugas (yaitu) tertusuk jarum post injeksi insulin, dia sudah laporan ke saya, saya sudah menuliskan kronologisnya di (laporan) insiden, (tapi) selang 2 hari baru (bisa) melakukan tes darah.” (F4)

“...Kalau insiden mengenai perawat (petugas), harus periksa ke IGD dulu biar ada rekam medisnya.” (F1)

“...di situ ada SIRATU yang di dalamnya ada pelaporan insiden, dengan memasukkan nomor rekam mediknya, kemudian nanti muncul formulir (laporan IKP) yang harus diisi..” (W01)

Insiden yang terjadi kepada petugas seperti tertusuk jarum termasuk ke dalam kecelakaan kerja (*occupational accidents*) di mana kejadian ini berisiko untuk menularkan penyakit dari pasien ke petugas kesehatan, seperti infeksi *hepatitis virus* dan HIV (*Human Immunodeficiency Virus*). Dalam laporan WHO, lebih dari 2 juta petugas kesehatan setiap tahunnya terpapar cedera benda tajam termasuk cedera tertusuk jarum (*needle stick injuries/NSI*) (Debelu et al., 2023). Dari laporan WHO, setiap tahunnya sekitar 3 juta tenaga kesehatan terpapar patogen yang ditularkan melalui darah dimana 2 juta diantaranya terinfeksi hepatitis B (HBV), 900.000

terinfeksi hepatitis C (HCV), dan 170.000 lainnya terinfeksi HIV (Sahiledengle et al., 2020).

Menurut Permenkes Nomor 66 Tahun 2016, insiden kecelakaan akibat kerja dan insiden penyakit akibat kerja wajib dilaporkan serta dicatatkan oleh rumah sakit bersama dengan komponen penyelenggaraan K3RS (Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit) lainnya yang terintegrasi dengan sistem informasi manajemen Rumah Sakit (Kemenkes RI, 2016). K3RS wajib diselenggarakan untuk melindungi sumber daya manusia rumah sakit termasuk pekerja layanan kesehatan dari risiko kejadian keselamatan dan kesehatan kerja (Shabrina, 2016).

Oleh karena risiko yang ditimbulkan dan kewajiban untuk melakukan pelaporan insiden kecelakaan pekerja, RS PKU Muhammadiyah Gamping wajib memprioritaskan tindak lanjut dan pelaporan terkait insiden kepada petugas melalui kegiatan preventif, kuratif, sampai dengan rehabilitatif. Kegiatan preventif bagi tenaga kesehatan termasuk pemeriksaan kesehatan berkala, tata laksana penyakit atau kecelakaan akibat kerja sebagai langkah kuratif, dan rehabilitasi medik serta program kembali bekerja sebagai langkah rehabilitatif. Dengan demikian, lingkungan kerja yang sehat, selamat, aman, dan nyaman bagi sumber daya manusia rumah sakit, pasien, pendamping pasien, pengunjung, maupun lingkungan rumah sakit akan tercapai (Kemenkes RI, 2016).

Hal ketiga yang menjadi tantangan bagi RS PKU Muhammadiyah Gamping untuk menyelesaikannya adalah insiden sama dan berulang. Ketua

Komite Mutu menyampaikan bahwa insiden terbanyak dan sering dilaporkan adalah kejadian pasien jatuh dan *medication error*. Informan dalam FGD sebagai perwakilan unit juga menyampaikan bahwa salah satu faktor kejadian berulang di RS PKU Gamping adalah adanya perbedaan tindak lanjut dan respon Komite Mutu pada setiap jenis insiden serta respon bagian pemeliharaan (*maintenance*) yang kurang.

“...kejadian sering atau sama seperti LASA, salah dosis, penyelesaiannya internal, belum ada tindak lanjut dari Tim Mutu, kejadian berulang terus tapi belum menemukan metode penyelesaiannya supaya tidak terjadi..” (F2)

“Cedera yang signifikan (KPCS) kan hanya dilaporkan di unit, dan itu mungkin nanti pelaporannya langsung masuk ke Tim Mutu, cuman untuk tindak lanjutnya tidak langsung segera karena kan mungkin KNC dan lain-lain. Tapi kalau kejadian jatuh, KTD yang sampai ada cedera biasanya responnya lebih cepat, kita langsung lapor via japri ke Tim Mutu, juga laporan di sistem.” (F5)

“...Jadi (seperti) ban gembos itu juga tidak dianggap sepele. Tapi memang di pemeliharaan kita belum begitu jalan nggih untuk melihat “ini alat ini layak ngga?”. Sistem (pelaporan) maintenance tidak jelas.” (F1)

Penelitian (Ratanto et al., 2021) mendapati beban kerja sebagai faktor yang paling berkontribusi dalam kejadian *medication errors* oleh perawat, selain pengalaman kerja, motivasi, manajerial, dan lingkungan. Kesalahan yang terbanyak dilakukan perawat dalam *medication error* adalah saat pendokumentasian (87,5%), pemberian obat (73,1%), dan keterlambatan pemberian obat sebesar 53,6% (Ratanto et al., 2021). Tingginya beban kerja, kurangnya jumlah perawat, banyaknya pasien yang dirawat, dan tingginya kompleksitas pekerjaan merupakan faktor-faktor penyebab kesalahan perawat dalam memberikan obat kepada pasien (Ratanto et al., 2021).

Dalam *focus group discussion* (FGD), beban kerja tinggi juga dirasakan oleh staf farmasi dan perawat RS PKU Gamping sebagai faktor kontributor dalam berulangnya kejadian *medication error*.

“Karena saking ribetnya, itu yang bikin riweh di dalam pekerjaan itu karena seperti itu nggih. Jadi, kebanyakan yang terjadi insiden itu dalam kondisi crowded, pelayanan dalam kondisi tidak baik-baik saja...farmasi yang salah terutama di tempat saya itu karena tenaga yang terbatas akhirnya sistem serah terimanya tidak berlangsung dengan baik nggih karena obat dicup, terus kemudian etiketnya juga tidak jelas itu kemudian akan muncul, atau dengan farmasi di rawat inap tenaga mepet, farmasi mepet, kita minta obatnya per telfon, dari farmasi “mbok ya jangan per telfon terus” “lha orang ada cup kok ngga per telfon?” (F1)

“Sama itu dok semua unit itu ketika mendekati jam waktu pemberian obat itu telfon dok, jadi ribet gitu, telfonnya bunyi terus, akhirnya giduh gitu lho dok petugasnya untuk menyiapkan. Jadi mungkin itu salah satu potensi yang menyebabkan adanya kekeliruan gitu. Sama ee..pemberian obat high alert dok, seringnya kan kalau temen-temen penyiapan obat itu sudah overload pekerjaan nggih. Nah kalau misalnya yang penempelan di alat itu harusnya petugas umum lulusan SMA gitu, tapi kami pun ada dua itu hanya di bidang farmasi saja, itu pun sudah overload dengan pengantaran obat dan penyimpanan obat itu. Nah itu mungkin yang banyak sekali obat high alert-nya tidak ada tempelan high alert-nya dan itu potensi terjadi kekeliruan.” (F2)

Penelitian lain oleh (Brigitta & Dhamanti, 2020) mengidentifikasi 38 faktor determinan terhadap kejadian *medication administration error* (MAE) yang dikelompokkan menjadi tiga kategori yaitu faktor komunikasi tidak efektif, faktor lingkungan kerja, dan faktor manusia. *Ineffective communication* yang menghasilkan kesalahan pemberian obat diantaranya adalah penyampaian instruksi verbal yang ambigu kepada perawat, lemahnya pemberian instruksi langsung kepada perawat, dan kurangnya pemahaman perawat dalam menginterpretasikan komunikasi antar tenaga kesehatan (Martín Delgado et al., 2015). Mulai dari persiapan hingga

pemberian obat selama proses pengobatan, tenaga kesehatan memerlukan konsentrasi yang tinggi, serta jalinan komunikasi yang baik dan efektif antar tenaga kesehatan untuk menghindari kejadian salah dosis obat seperti berikut (Brigitta & Dhamanti, 2020).

“Waktu itu pernah kejadian dok, ee..mungkin karena beban kerja juga ya dok. Ada permintaan obat dari bangsal tapi via telfon. Gentamycin untuk bayi 7,5 mili tapi waktu itu bilanganya 75, jadi hampir satu ampoule, ee..overdosis 10 kali. Terus belum ada CPPT, belum ada CPO, belum ada peresepan. Yang mendengarkan 75, terus kita berikan 75. Kok ya yang mendengarkan itu kok tidak dilakukan telaah. Harusnya kalau bayi kan pakai dosis yang kecil, tapi dia waktu itu ngga tau ee..blank atau gimana, terus diberikan dosis yang 75. Diberikan ke perawat, disuntikkan ke bayi. Nah ketika akan nyuntik obatnya ee..ngeh dengan CPPT dan CPO. Dicek kembali di CPPT dan CPO ternyata yang diminta 7,5. Terus baru sadar itu terjadi kekeliruan terus konfirmasi lagi ke unitnya. Jadi permintaan via telfon yang belum ada CPPT dan CPO itu memang harus di harus diperhatikan. Dan waktu itu disepakati, kalau permintaan harus ada CPPT minimal atau dituliskan di CPO. Terus juga untuk permintaan obat kenapa kami memberikan..sebaiknya datanglah ke farmasi gitu..” (F2)

Semakin baik komunikasi yang terjalin antar tenaga kesehatan, semakin kecil juga angka kesalahan pemberian obat yang dapat terjadi di suatu unit pelayanan (Budihardjo, 2017). Oleh karenanya, suatu pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit harus mampu menyusun strategi untuk meningkatkan komunikasi antara perawat, petugas farmasi, dan dokter untuk mengurangi insiden *medication error* (Brigitta & Dhamanti, 2020). Kesalahan pemberian obat oleh karena komunikasi yang tidak efektif serta beban kerja yang tinggi, dalam hal ini beban permintaan obat yang *overload* di waktu yang sama dapat dikurangi dengan menggunakan teknologi informasi (Ratanto et al., 2021).

Teknologi informasi kesehatan yang terintegrasi seperti sistem peresepan obat secara elektronik akan mengurangi jumlah tugas terkait proses pemberian obat dimana tugas tersebut menurun dari 61,07 menjadi 29,81 dan waktu untuk melaksanakannya menurun dari 32 menit menjadi 26,57 menit (Leung et al., 2018; Ratanto et al., 2021). Penggunaan sistem pemberian obat elektronik dapat mengurangi jumlah kesalahan pemberian obat dari 48% menjadi 36,9% dimana hal ini secara bersamaan akan meningkatkan keselamatan pasien secara signifikan (Ratanto et al., 2021).

Selain mengurangi beban pemberian obat dengan teknologi, beban kerja tinggi yang dialami petugas kesehatan di rumah sakit juga penting untuk dikurangi untuk menurunkan risiko kejadian *medication errors* (Ratanto et al., 2021). Pengurangan beban kerja tersebut dapat dilakukan dengan memperhitungkan keseimbangan proporsi antara jumlah tenaga kesehatan dengan jumlah pekerjaan yang mereka lakukan serta menyederhanakan pekerjaan mereka (Ratanto et al., 2021). Oleh karena itu, pengurangan beban kerja, penambahan sumber daya tenaga kesehatan, dan penyederhanaan pekerjaan petugas farmasi dengan melibatkan teknologi informasi harus menjadi pertimbangan dan bahan evaluasi RS PKU Muhammadiyah Gamping untuk meminimalisir insiden *medication error*, yang akhirnya akan meningkatkan *patient safety*.

Komite Mutu RS PKU Muhammadiyah gamping telah melakukan analisis RCA terhadap kejadian jatuh yang berulang untuk mengidentifikasi berbagai penyebabnya, termasuk mengimplementasikan rekomendasi

perbaikan untuk mencegah pengulangnya. Pelatihan ulang bagi perawat untuk melakukan *assesment* risiko jatuh pada pasien secara baik dan benar, termasuk menentukan manajemen risiko yang sesuai telah dilakukan. Perbaikan dari sisi SOP juga telah dikerjakan, namun kejadian jatuh masih merupakan insiden yang sering dan berulang terjadi di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

Pasien jatuh merupakan kejadian yang penyebabnya melibatkan interaksi berbagai faktor diantaranya faktor pasien, perawat, dan lingkungan (Takase, 2023). Dari 4.176 laporan insiden pasien jatuh yang dianalisis, 79% kejadiannya tidak disaksikan oleh perawat dan 8,7% diantaranya terjadi selama perawatan keperawatan berlangsung (Takase, 2023). Dari keseluruhan insiden tersebut, faktor dari pasien yang turut berkontribusi terhadap kejadian jatuh adalah penurunan fungsi fisiologis/kognitif, kehilangan keseimbangan, dan penggunaan obat hipnotik dan psikotropika (Takase, 2023). Sedangkan faktor dari perawat termasuk kurangnya kesadaran situasional, ketergantungan pada keluarga pasien, dan implementasi proses keperawatan yang tidak memadai menjadi kontributor terhadap insiden pasien jatuh (Takase, 2023).

Faktor kontributor dari insiden jatuh yang melibatkan faktor pasien dan perawat secara bersamaan yaitu penggunaan alarm tempat tidur dan bel panggilan yang tidak produktif, alas kaki yang tidak sesuai, penggunaan alat bantu jalan dan pegangan tempat tidur yang bermasalah, dan kurang memadainya pemahaman tentang aktivitas keseharian pasien (Takase,

2023). Dari sisi perawat RS PKU Muhammadiyah Gamping yang mengimplementasikan praktek pencegahan pasien jatuh di lapangan, beban kerja terkait frekuensi observasi kepada pasien risiko jatuh tinggi dirasakan sebagai salah satu kendala, mengingat rasio jumlah pasien dengan perawat yang bertugas jaga tidak seimbang, sehingga mengandalkan keluarga pasien menjadi jalan keluar.

“Kalau (terkait) beban kerja, terus terang nggih, misalnya yang kejadian seperti jatuh itu kan di pedoman itu setiap dua jam sekali idealnya kita ke pasien untuk melihat apakah pasien ini dalam kondisi aman? Apakah pasien ini memerlukan bantuan perawat?. Nah yang dua jam ini terus terang aja belum kita lakukan dengan baik karena mengingat, misalnya di tempat Pak F7 itu pasiennya tiga puluh satu, yang jaga misalnya malam itu hanya tiga, kemudian pasien yang perhatian berapa, Jadi, apalagi misalnya “Oo..sudah ada anaknya”, agak aman ya kita melihat Mba F9? “Dah aman tadi ada anaknya” yang dianggap ini pasien ini baik-baik saja karena banyak pasien yang perhatian akhirnya tidak diobservasi dengan baik, itu terus terang yang kita lakukan..” (F1)

Berdasarkan interaksi penyebab insiden jatuh dari sisi perawat dan pasien, pendekatan pencegahan yang melibatkan peran perawat serta pasien dan keluarga pasien diperlukan. Untuk pencegahan dari sisi perawat, penelitian (Ayton et al., 2017) mengidentifikasi faktor kapabilitas, peluang, dan motivasi sebagai pendekatan pencegahan. Kemampuan (*capability*) perawat dalam melakukan pencegahan insiden jatuh dapat ditingkatkan dengan pelatihan dan edukasi secara langsung (tatap muka) berdasarkan kasus pasien, dibandingkan pelatihan dengan metode *e-learning* melalui modul yang disediakan di komputer rumah sakit (Ayton et al., 2017). Kebutuhan perawat akan edukasi terkait pencegahan jatuh pada pasien dengan kondisi berat seperti gangguan kognitif atau delirium diperlukan

serta pelatihan tentang bagaimana menghubungkan skor risiko jatuh pada pasien dengan intervensi yang tepat (Aytton et al., 2017).

Bersamaan dengan faktor kemampuan, motivasi perawat juga dapat ditingkatkan dengan menekankan dampak emosional seperti perasaan bersalah, tertekan, stress, dan kekhawatiran yang akan dialami perawat jika pasien yang menjadi tanggung jawabnya mengalami cedera akibat jatuh dapat disampaikan saat edukasi dan pelatihan (Aytton et al., 2017). Selain itu, *audit, reminder, and feedback* dari supervisor unit kepada perawat juga dirasakan perlu dengan selalu mengingatkan perawat untuk benar-benar menilai skor risiko jatuh pasien sesuai kondisi pasien, tidak asal, sehingga intervensi pencegahan jatuh yang dilakukan sesuai (Aytton et al., 2017).

Faktor kesempatan (*opportunity*) sebagai faktor eksternal dalam pendekatan pencegahan insiden jatuh dapat ditingkatkan dengan memaksimalkan akses perawat ke sarana prasarana pencegahan insiden, seperti *low-low bed* untuk pasien dengan risiko jatuh tinggi (Aytton et al., 2017). Sesuai dengan keluhan perawat RS PKU Muhammadiyah Gamping terkait keterlambatan respon dari bagian pemeliharaan atas kerusakan sarana prasarana harus menjadi bahan evaluasi rumah sakit dalam rangka mencegah insiden jatuh dengan memastikan ketersediaan dan kesiapan sarana prasarana yang kaitannya untuk keselamatan pasien.

Selain itu, menyediakan data berupa *trend* insiden jatuh di setiap bangsal untuk memastikan perawat memahami sejauh mana masalah jatuh di bangsal, dinilai oleh staf senior sebagai hal yang dapat dilakukan untuk

mendorong perubahan ke arah penguatan intervensi pencegahan insiden jatuh (Ayton et al., 2017). Hal ini sejalan dengan masukan dari Sekretaris Komite Mutu RS PKU Gamping dalam wawancara mendalam tentang perlunya sosialisasi atau *update* kasus mingguan untuk meningkatkan kesadaran staf akan pencegahan insiden keselamatan pasien.

“Jadi menurut saya seharusnya untuk pelaporan itu bisa difloorkan kasusnya, update kasus, jumlah kasus itu disampaikan mingguan. Misalnya saat apel Senin pagi...misalnya tidak datang, maka dibuat ada sistem bagaimana temen-temen itu bisa ngecek dari SIRATU, atau mungkin dibuat jadwal SPV itu harus ngecek SIRATU untuk baca laporan yang ada di SIRATU...dan itu bisa disosialisasikan ke temen-temen staf unitnya di hari itu juga...” (W02)

Peran *leadership* sebagai pendekatan pencegahan insiden jatuh dari faktor *opportunity* (eksternal) dapat ditingkatkan dengan memaksimalkan peran supervisor unit, manajer unit keperawatan, dan “*champion*” (Ayton et al., 2017). Ketiga pemimpin tadi berperan penting dalam memberikan bimbingan dan dukungan kepada staf di unit yang kurang berpengalaman serta mendorong staf untuk mengembangkan dan mengimplementasikan praktek standar dalam hal penerapan intervensi pencegahan jatuh (Ayton et al., 2017). Staf di bangsal yang memiliki semangat untuk mempromosikan praktek dan agenda pencegahan jatuh dapat ditunjuk sebagai “*champion*” oleh manajer atau supervisor untuk memberikan pendidikan dan penilaian terhadap staf lain dalam mempraktekkan intervensi pencegahan jatuh (Ayton et al., 2017).

Melibatkan pasien dan keluarga pasien juga diperlukan untuk memaksimalkan intervensi pencegahan jatuh. Mengedukasi mereka secara

individual untuk memahami kondisi pasien yang menjadikannya berisiko akan kejadian jatuh dirasakan 473 pasien lansia dalam penelitian (Hill et al., 2016) meningkatkan kesadaran, pengetahuan, dan kepercayaan diri mereka untuk terlibat aktif dalam strategi pencegahan jatuh, seperti meminta bantuan sebelum melakukan mobilisasi.

Bantuan *toileting* menjadi tugas utama yang harus ditawarkan perawat karena merupakan perilaku yang paling berpotensi berisiko menyebabkan pasien jatuh oleh karena rasa keinginannya untuk mandiri atau pemikiran bahwa staf akan terlambat memberikan bantuan (Hill et al., 2016). Selain itu, edukasi tentang cara penggunaan alat bantuan yang tersedia di ruang perawatan dan toilet untuk mencegah insiden jatuh juga perlu diberikan perawat kepada pasien dan keluarga insiden.

Hal keempat yang menjadi kendala dalam pelaksanaan pelaporan IKP di RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah kesadaran staf untuk melapor yang kurang sehingga masih terdapat insiden yang tidak dilaporkan. Keterlambatan pelaporan juga beberapa kali masih terjadi pada insiden yang terjadi di malam hari atau saat hari libur di mana supervisor sedang tidak bertugas, sehingga input laporan ke sistem menjadi lebih dari 2x24 jam. Ketergantungan pelaksana (staf) di unit kepada supervisor untuk input laporan insiden ke sistem juga menjadi faktor lain yang menyebabkan keterlambatan pelaporan. Beberapa hal tadi disampaikan informan dalam FGD maupun wawancara mendalam berikut.

“Cuman mungkin barangkali yang masih menjadi masalah adalah tingkat kesadaran untuk melaporkan. Saya tidak begitu yakin apakah semua kejadian yang mestinya dilaporkan itu dilaporkan.” (W01)

“(Insiden tak dilaporkan) ada yang (karena) takut ketahuan kalau kejadian itu terjadi pada saat dia jaga.” (F1)

“Insiden yang tidak dilaporkan selain karena budaya takut melapor, juga bisa karena petugas itu ngga sadar bahwa ini tuh harus dilaporkan, harus bilang. Bisa dia sadar dia salah tapi ngga mau lapor. Yang kedua, dia salah tapi dia ngga ngerti kalau ini itu harus dilaporkan..” (W02)

“...kira-kira kalau ada 10 kejadian, 8 sudah tepat waktu, 2 nya belum, 80%. Biasanya kalau belum tepat waktu itu kendalanya pas liburan misal lebaran kan libur empat hari, kejadiannya pas tanggal merah, Supervisor libur atau cuti, jadi baru dilaporkan ke sistem saat Supervisor masuk..” (W02)

(Dhamanti et al., 2022) dalam penelitiannya menemukan kurangnya kesadaran staf rumah sakit terhadap kebutuhan dan manfaat melaporkan insiden menjadi faktor kontributor terhadap rendahnya pelaporan insiden di Indonesia dari perspektif pimpinan. Budaya pelaporan yang positif termasuk tidak menyalahkan dan tidak menghukum penting untuk membangun kesadaran staf dalam melaporkan insiden (Nurdin & Wibowo, 2021). Sikap positif terhadap pelaporan insiden harus ditunjukkan oleh pimpinan guna meningkatkan mutu dan *patient safety* di rumah sakit (Nurdin & Wibowo, 2021). Membangun kesadaran di kalangan staf (petugas kesehatan) tentang pentingnya pelaporan, menjelaskan definisi insiden yang perlu dilaporkan, serta menampilkan persentase angka insiden kepada semua staf dapat dilakukan sebagai langkah awal untuk membangun budaya pelaporan insiden yang positif (Fathi et al., 2017; Nurdin & Wibowo, 2021)

Kurangnya pemahaman staf mengenai *grading* insiden menyebabkan ketergantungan staf terhadap supervisor dalam memasukkan laporan insiden ke sistem. Tidak dilibatkannya staf dalam pelatihan pelaporan insiden juga menjadi salah satu faktor penyebab ketergantungan tersebut terbentuk, yang akhirnya menyebabkan keterlambatan input laporan ke sistem, seperti penyampaian informan berikut.

“Kebetulan saya Koor Shift, di IGD, kalau ada insiden kami langsung lapor Mas Y (Supervisor), setau kami, kami tinggal lapor ke Mas Y nanti langsung diselesaikan sama Mas Y, (kami) lebih fokus ke pelayanan, belum ada upgrade pelatihan pengisian insiden-insiden ini untuk setiap karyawan IGD.” (F8)

“Yang memasukkan laporan ke SIRATU ngga harus Supervisor, tapi biasanya Supervisor. Karena sistem pelaporannya kan masih ada penentuan grade itu, dan ngga semua staf ikut pelatihannya, hanya PJ Mutu unit dan Supervisornya...Kalau misal di sistemnya sudah terdefinisi dan direvisi, semua staf bisa baca dan mengisi pelaporan secara mandiri.” (W02)

Sebagian besar informan kualitatif dalam penelitian (Dhamanti, Leggat, & Barraclough, 2020) melaporkan kurangnya pengetahuan dan pelatihan atau sosialisasi sebagai hambatan (*practical barriers*) dalam melaporkan IKP. Wakil Direktur salah satu rumah sakit dalam penelitian (Dhamanti, Leggat, & Barraclough, 2020) juga menyebutkan, sosialisasi yang tidak sampai ke level staf paling bawah, hanya sampai ke kepala bangsal (supervisor), sehingga banyak staf yang belum mengetahui cara melaporkan insiden. Hal serupa juga dialami oleh staf di unit IGD RS PKU Muhammadiyah Gamping. Meskipun setiap staf memiliki akses terhadap SIRATU, namun pengetahuan dan pemahaman untuk melaporkan insiden termasuk mengklasifikasikan insiden dan lainnya belum dimiliki semua

staf, sehingga hasilnya mereka tidak bisa membuat pelaporan insiden dan bergantung pada supervisor

Pelatihan pelaporan insiden dibutuhkan oleh semua staf, sehingga peruntukannya tidak hanya untuk kepala bangsal (supervisor) dan PIC Mutu di unit, melainkan semua staf. Dengan pelatihan yang berkelanjutan, petugas kesehatan akan terbiasa dengan pelaporan insiden, serta ketidaktahuan petugas tentang apa yang harus dilakukan setelah insiden selesai tertangani, apa yang harus dilaporkan dan bagaimana cara melaporkan insiden tidak lagi muncul (Dhamanti, Leggat, & Barraclough, 2020; Nurdin & Wibowo, 2021). Apabila pelatihan untuk semua level staf di waktu yang bersamaan tidak memungkinkan untuk dilakukan, alternatif lain seperti menyediakan media edukasi berupa *flow chart* yang menyajikan prosedur pelaporan insiden dengan lebih sederhana akan sangat membantu staf dalam membuat laporan insiden (Naome et al., 2020; Nurdin & Wibowo, 2021).

Panduan pelaporan insiden telah disediakan di sistem oleh Komite Mutu di mana tiap-tiap staf bisa mengaksesnya kapanpun. Laporan PMKP (Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien) setiap tiga bulan berupa hasil kesimpulan analisis insiden juga dibuat oleh Komite Mutu dan diunggah di dalam sistem sehingga setiap unit bisa mengakses untuk dijadikan pembelajaran. Namun, yang menjadi kendala adalah Komite Mutu belum sampai di tahap memastikan apakah setiap staf mengakses panduan pelaporan insiden setiap akan membuat laporan, dan apakah setiap unit

mengakses laporan PMKP sebagai pembelajaran. Artinya, *follow-up* pembelajaran dari insiden bagi unit belum dilakukan. Dengan demikian, keberlanjutan pencegahan pengulangan insiden belum berjalan.

“Hasil kesimpulan analisis insiden, disosialisasi-kan lewat laporan yang bisa diakses semua unit sebagai pembelajaran, tapi untuk saat ini Komite Mutu belum sampai memastikan tiap-tiap unit atau SPV membuka laporannya.” (W02)

“Kalau memastikan pembelajaran di semua unit, kita memang belum ada ada feedback apakah benar-benar dibaca, apakah benar-bener semua kejadian diketahui, dan apakah sudah dilakukan preventif di unit-unit lain atau belum itu memang Komite Mutu belum sampai ke sana. Jadi hanya sebatas, dibuat laporan, diberitahukan saat rapat, itupun tidak semuanya, biasanya hanya kejadian-kejadian besar yang bisa untuk pembelajaran banyak unit..” (W02)

Belajar dari insiden sebelumnya dan mencegah insiden serupa terulang kembali merupakan tujuan utama dari sistem pelaporan IKP (Dhamanti, Leggat, Barraclough, et al., 2020). Pembelajaran dari insiden merupakan bagian dari 7 langkah menuju keselamatan pasien di mana pembelajaran harus dilakukan di dalam unit tempat terjadinya insiden dan dibagikan ke unit lain sebagai upaya pencegahan pengulangan insiden (Dhamanti, Leggat, Barraclough, et al., 2020). Untuk menghasilkan pembelajaran dari insiden di tingkat rumah sakit, Komite Mutu bertugas menentukan akar penyebab insiden sekaligus mengembangkan rekomendasi untuk memperbaiki sistem, serta memberikan umpan balik dan pembelajaran kepada unit kerja tempat insiden terjadi (Dhamanti, Leggat, Barraclough, et al., 2020).

Menyebarkan pengetahuan tentang temuan dari insiden beserta rekomendasinya termasuk ke dalam pendekatan sistematis untuk

menerapkan sistem pelaporan IKP sebagai pembelajaran organisasi (Uibu et al., 2020; WHO, 2005). Berbagi pengetahuan (*knowledge dissemination*) tentang pembelajaran yang dapat diambil (*lesson learned*) dari insiden kepada seluruh unit di rumah sakit perlu diimplementasikan secara adekuat untuk mendorong implementasi sistem pelaporan IKP sebagai pembelajaran secara lebih cepat (Uibu et al., 2020). Adanya *feedback* dari Komite Mutu RS PKU Muhammadiyah PKU Gamping kepada unit tempat terjadinya insiden, membagikan hasil rekomendasi dari temuan insiden dalam bentuk laporan PMKP setiap tiga bulan sekali merupakan langkah yang sudah tepat, namun memastikan pengaksesan pembelajaran oleh tiap-tiap unit juga diperlukan untuk memaksimalkan pencegahan pengulangan insiden serupa.

Menurut salah satu informan, pembahasan *update* kasus yang kurang *up to date* di mana insiden di bulan Februari dibahas dalam rapat di bulan Maret juga bisa menjadi faktor *awareness* staf untuk melapor berkurang, sehingga sosialisasi kasus mingguan diperlukan.

“Ada, buku panduan Komite Mutu yang dijadikan acuan PIC atau lainnya untuk melaporkan insiden. Cuma itu tadi untuk pengaksesannya, saya nggak tahu temen-temen sudah sejauh mana untuk buka dan pahami.”
(W02)

“Nah permasalahan di sini juga, sosialisasinya itu belum optimal. Karena kita rapat sebulan sekali tuh yang kefloor semua, misalnya rapat di minggu ketiga Maret membahas untuk case yang di bulan Februari, padahal itu udah minggu ketiga (bulan selanjutnya).”

Menindaklanjuti pembahasan kasus yang tidak *up to date*, Sekretaris Komite Mutu menyampaikan saran untuk dilakukan sosialisasi kasus mingguan yang dapat dimasukkan ke dalam apel pagi. Apabila perwakilan unit tidak hadir di dalam apel tersebut maka dari Komite Mutu harus

membuat sistem bagaimana supaya supervisor unit tetap membuka *update* kasus tersebut di sistem untuk kemudian disampaikan ke rekan-rekan unit dalam rangka meningkatkan kesadaran melapor. Tentu hal ini memerlukan keterlibatan struktural yang lebih tinggi yaitu Direksi sehingga kewajiban mengakses *update* kasus mingguan bisa dijadikan langkah tetap untuk meningkatkan *patient safety culture* di rumah sakit.

Jadi menurut saya seharusnya untuk pelaporan itu bisa difloorkan kasusnya, update kasus, jumlah kasus itu disampaikan mingguan. Misalnya saat apel Senin pagi itu jam 07.00 – 07.30...Misalnya di hari Senin itu tidak datang (apel), maka dibuat ada sistem bagaimana temen-temen itu bisa ngecek dari SIRATU, atau mungkin dibuat jadwal SPV itu harus ngecek SIRATU untuk baca laporan yang ada di SIRATU. Tapi itu harus ada regulasinya, harus ada keharusan dari atas berupa aturan yang mengharuskan Supervisor itu ngecek update kasus di setiap Senin dan itu bisa disosialisasikan ke temen-temen staf unitnya di hari itu juga...jadi harus melibatkan Ketua Komite Mutu, atau bahkan menggandeng Direksi untuk bisa melakukan regulasi itu.” (W02)

Penyajian data berupa *trend* insiden dan perbandingan kejadian IKP di setiap bangsal akan membantu staf tiap-tiap unit untuk memahami sudah sejauh mana progres atau perbaikan di bangsal mereka (Ayton et al., 2017). Mayoritas perawat yang disurvei (75%) dalam penelitian (Ayton et al., 2017) menyetujui bahwa dengan pelaporan insiden, staf dapat mengukur bagaimana cara mereka dalam menangani insiden. Dengan demikian, peran Komite Mutu untuk memberikan *feedback* kepada seluruh unit berupa *update* kasus mingguan dan kemajuan yang telah dibuat unit dalam pencegahan insiden sebelumnya akan mendorong dan mempromosikan perubahan praktik oleh staf berupa peningkatan kesadaran untuk melapor (Ayton et al., 2017).

Selain dari sisi pelaporan dan tindak lanjut, kendala dari sisi sumber daya manusia juga ditemukan. Menurut beberapa informan, persepsi takut disalahkan, takut ketahuan apabila insiden terjadi saat yang bersangkutan sedang bertugas, serta ketidaktahuan bahwa itu adalah insiden dan harus dilaporkan masih terjadi di antara staf RS PKU Muhammadiyah Gamping. Budaya pelaporan yang seperti ini menjadi salah satu akar penyebab dari insiden yang tidak dilaporkan.

“Menurut saya, budaya pelaporan di sini itu masih kurang, masih perlu ditingkatkan. Jadi petugas itu masih takut melapor karena takut disalahkan...” (W02)

“Ada yang takut ketahuan kalau kejadian itu terjadi pada saat dia jaga.” (F1)

“(Insiden yang tidak dilaporkan) bisa jadi (karena) ngga tahu (kalau itu insiden), bisa jadi mereka masih takut kalau insiden itu dilaporkan by oknum, maskudnya karena person-nya. Padahal kan yang harus kita kritisi bukan person-nya tapi sistemnya.” (F5)

“Insiden yang tidak dilaporkan selain karena budaya takut melapor, juga bisa karena petugas itu ngga sadar bahwa ini tuh harus dilaporkan, harus bilang. Bisa dia sadar dia salah tapi ngga mau lapor..” (W02)

Stigma yang timbul di dalam unit maupun antar unit tentang siapa yang salah dalam kejadian tertentu juga bisa menjadi penyebab ketakutan staf dalam melapor. Pada akhirnya, *mindset* takut disalahkan yang menyebabkan petugas tidak mau melapor semakin menguat. *Mindset* yang keliru dalam budaya pelaporan ini perlu diluruskan dan sifatnya holistik, artinya tidak hanya pada oknum tertentu melainkan keseluruhan staf yang terlibat dalam pelaporan RS PKU Muhammadiyah Gamping.

“Yang membuat staf takut melaporkan itu dari unitnya sendiri, karena kan se-unit jadi tahu. Kita memang nggak ada punishment, cuman kan se-unit tahu...seruangan itu tahu oh si X yang bikin kesalahan, menurut saya itu sih. Jadi timbul mindset daripada disalahin mending diem aja, nah itu yang masih perlu dibangun juga. Dan juga, karakter setiap orang berbeda, bisa jadi orang di unit A cerita ke unit B, unit B cerita lagi. Budaya yang seperti itu plus karakter orang juga yang perlu untuk diubah mindsetnya, dan itu mindset berjamaah, mindset semua orang..”

“...Jadi jangan sampai (tidak melapor insiden karena) takut punishment, “Nanti saya kalau melapor nanti dipindah kerja”, itu yang coba ditanamkan bahwa sistem pelaporan ini tidak untuk punishment. Tapi kalau memang itu error-nya dari orangnya, tentu akan ada pembinaan dari (Tim) Mutu.” (F1)

Adanya budaya menyalahkan dan mempermalukan staf yang terlibat dalam insiden dapat memperburuk budaya pelaporan IKP di rumah sakit (Naome et al., 2020). Oleh karenanya, budaya pelaporan yang positif dengan tidak menyalahkan, mempermalukan, membicarakan individu terkait insiden di unit atau antar unit perlu dibangun untuk membangun kesadaran staf dalam melaporkan insiden (Samsiah et al., 2016). Kecenderungan staf untuk menghindari konflik dengan rekan kerja dan atasan akan menyebabkan mereka memiliki kebiasaan tidak melaporkan apapun (Dhamanti, Leggat, & Barraclough, 2020).

Mayoritas (69,6%) tenaga kesehatan dalam penelitian (Naome et al., 2020) menyatakan menyukai lingkungan kerja tanpa budaya menyalahkan dan mempermalukan di mana hal ini akan mendorong kepatuhan staf untuk melaporkan insiden. Penelitian (Handayani & Jayadilaga, 2024) juga menemukan 14 faktor yang menghambat pelaporan IKP, diantaranya budaya kerja yang tidak mendukung, ketakutan akan konsekuensi seperti

hukuman atau kehilangan pekerjaan, serta persepsi pelapor bahwa adanya pelaporan menunjukkan ketidakmampuan atau kesalahan pribadi daripada masalah sistem. Reaksi negatif supervisor yang cenderung menyalahkan dan menghukum perawat oleh karena melaporkan kesalahan daripada menawarkan dukungan dan bekerja sama untuk menemukan akar penyebab insiden juga banyak ditemukan dan menjadi kekhawatiran perawat (Hamed & Konstantinidis, 2022).

Reaksi negatif yang mengkhawatirkan bagi perawat tidak hanya sebatas menyalahkan, namun juga ketakutan terhadap teguran dan hukuman dari manajemen atau atasan, serta stigmatisasi jangka panjang dari rekan kerja menjadi alasan perawat tidak terdorong untuk melaporkan insiden (Dyab et al., 2018; Hamed & Konstantinidis, 2022). Tingkat pelaporan pada organisasi atau penyedia layanan kesehatan yang mengadopsi “budaya menyalahkan” cenderung lebih rendah karena hal tersebut menjadi hambatan pelaporan insiden di kalangan perawat (Mansouri et al., 2019). Sebaliknya, budaya keselamatan yang baik dan positif di rumah sakit akan menghasilkan tingkat pelaporan insiden yang tinggi (Nurdin & Wibowo, 2021).

Sikap proaktif dalam mempromosikan dan menerapkan *patient safety culture* di rumah sakit harus ditunjukkan semua pemimpin, Komite Mutu, petugas kesehatan, serta staf lainnya (Cheema et al., 2017). Selain itu, memberikan dukungan secara pribadi maupun profesional kepada petugas kesehatan di unit juga diperlukan untuk mendorong staf melakukan

pelaporan insiden tanpa merasa bersalah kepada rekan kerja atau merasa takut kepada atasan, sehingga budaya pelaporan yang positif terbentuk, yang akhirnya akan meningkatkan kesadaran staf untuk melapor dan menghasilkan data pelaporan insiden yang lebih akurat (Arruum & Novieastari, 2019).

Hambatan dari sisi manajemen juga dialami oleh Komite Mutu RS PKU Muhammadiyah Gamping, utamanya di tingkat struktural. Peran ganda yang dimiliki Sekretaris Komite Mutu untuk menjadi sekretaris sekaligus pelayanan 7 – 8 jam per hari selama 5 hari dalam satu minggu menjadikan pembagian *jobdesc* antara Ketua dengan Sekretaris Komite Mutu tidak ideal. Pada akhirnya, kontribusi yang diberikan Sekretaris Komite Mutu untuk tindak lanjut pelaporan IKP juga menjadi kurang optimal, sehingga Ketua Komite Mutu mengerjakan 95% dari tindak lanjut tersebut.

“Kalau kayak saya gini pelayanan dari jam 7 sampai jam 2 atau jam 3, saya baru bisa fokus untuk mengerjakan Mutu kan otomatis setelah jam pelayanan, misalnya saya mengerjakan terus baru ketemu permasalahan atau yang perlu saya klarifikasi di jam 4 atau jam 5 setelah saya review, ketika saya mau klarifikasikan ke Pak W01 saya nggak enak karena sudah bukan jam kerja beliau.” (W02)

“Segala proses pelaporan dan sebagainya itu 95% Pak W01, 5% nya saya, saya dimintainya dimintai ACC aja dan tanda tangan. Yang terlibat dari awal pelaporan, analisis, sampai akhir yaitu sosialisasi hasil pembelajaran itu dari Komite Mutu, untuk saat ini Pak W01 saja.” (W02)

“Selama ini, semua pelaporan yang pegang Pak W01 karena beliau memang unitnya di Mutu, kalau saya kan pelayanan ya, terus juga di Mutu, jadi keterlibatan saya di Mutu tidak bisa seoptimal Pak W01. Jadi banyak hal-hal yang memang beliau lebih tahu, karena saya juga baru masuk Mutu setahun, sedangkan beliau sudah sekian belasan tahun.” (W02)

Pembagian pekerjaan (*job description*) berperan besar dan signifikan terhadap kualitas kinerja staf (Khasanah & Wardani, 2024). Pembagian kerja yang jelas perlu dibuat guna mengetahui batasan wewenang dan tanggung jawab sesuai dengan jabatan atau posisi yang dimiliki serta menghindari perbedaan pemahaman tentang tugas yang harus dikerjakan dan menghindari duplikasi pekerjaan (Khasanah & Wardani, 2024). Selain memudahkan staf dalam mengerjakan tugas atau pekerjaannya, *job description* membuat staf lebih fokus dan paham saat mengerjakan tugasnya sehingga kinerja dan kontribusinya terhadap organisasi menjadi maksimal (Khasanah & Wardani, 2024).

Latar belakang pengalaman kerja, kompetensi, dan durasi waktu pekerjaan staf perlu dijadikan pertimbangan oleh pemimpin organisasi dalam memberikan tanggung jawab atau tugas tambahan kepada staf. Dengan mempertimbangkan ketiga hal tadi, *outcome* organisasi akan menjadi lebih maksimal. Oleh karena itu, pimpinan mutu RS PKU Muhammadiyah Gamping perlu memfasilitasi komunikasi terbuka antara Ketua dan Sekretaris Komite Mutu tentang kendala dalam mengerjakan tugasnya, sehingga pembagian kerja yang ideal dan kontribusi yang maksimal didapatkan, yang akhirnya meningkatkan performa Komite Mutu.

Terakhir, kendala dari sisi alat dan teknologi yang dialami informan termasuk panduan pelaporan yang tidak lengkap, item di formulir pelaporan yang masih rancu, serta sistem SIRATU itu sendiri yang perlu perbaikan. Di dalam panduan pelaporan IKP yang dikeluarkan Komite Mutu, di

dalamnya belum mencantumkan tentang KPCS dan tipe analisis insiden, sehingga PIC Mutu dan supervisor unit masih mengalami kendala dalam melaporkan KPCS serta menentukan tipe analisis insiden.

“Kesulitan kami juga di laporan insiden itu kan ada 5W itu ya, kemudian yang paling bawah itu ada RCA. Nah kadang kami itu bingung (tertawa kecil) kasus mana yang harus di RCA, mana yang, nah itu yang mungkin tahap-tahapannya temen-temen dan kami yang masih sok gimana...diskusikan..” (F5)

“Minggu lalu juga ada kejadian, insulin yang diberikan oleh e..petugas farmasi tanpa identitas, tanpa high alert, tanpa dikasi es. Terus sudah sampai ke pasien, tapi ternyata ada etiketnya. Jadi nanti ada potensi suntikan dosisnya itu keliru dok, sama penyimpanan keliru, dan ngga ada double check karena ngga ada tempelan high alert. Jadi perlu ada definisi KPC signifikan apa yang harusnya dilaporkan dan menjadi perhatian, supaya tidak meningkat dari potensial menjadi cedera” (F2)

Penelitian (Fathi et al., 2017; Hamed & Konstantinidis, 2022; Mostafaei et al., 2014) menemukan kurangnya pengetahuan staf akan apa yang sebenarnya dimaksud dengan kesalahan serta tidak jelasnya definisi *error* atau kesalahan yang termasuk ke dalam insiden yang harus dilaporkan, menjadi hambatan dalam perawat melakukan pelaporan. Ambiguitas pengertian tentang kesalahan (*errors*) dan kurangnya pengetahuan perawat terkait pelaporan insiden menghasilkan pelaporan insiden yang rendah di kalangan perawat (Hamed & Konstantinidis, 2022; Mansouri et al., 2019). Oleh karena itu, item penjelasan KPCS serta insiden apa saja yang termasuk ke dalamnya dan harus dilaporkan, perlu ditambahkan ke dalam panduan pelaporan oleh Komite Mutu RS PKU Muhammadiyah Gamping.

Selain terkait panduan, item-item di dalam formulir laporan IKP juga perlu perbaikan. Kesulitan yang dialami pembuat laporan untuk

menentukan jenis insiden dapat diatasi dengan memberi definisi di setiap istilah insiden tersebut. Sedangkan kesulitan dalam menentukan *grade* resiko dapat diatasi dengan menautkan langsung kolom *grade* resiko dengan panduan yang secara spesifik menjelaskan penentuan *grade* resiko, bukan panduan pelaporan IKP secara keseluruhan. Kemudian, pilihan “insiden terjadi pada siapa” juga masih nama poli, nama bangsal, yang seharusnya nama pasien.

Derajat “dampak yang terjadi pada pasien” juga perlu dijelaskan supaya setiap pembuat laporan memiliki persepsi yang sama dalam derajat penentuannya. Tingkat lokasi pada kolom “insiden serupa pernah terjadi pada siapa” juga perlu diperjelas, apakah di tingkat unit atau rumah sakit. Kolom analisis RCA juga sebaiknya diganti dengan “hasil analisis penyebab insiden menurut unit” karena pembuat laporan juga masih kesulitan dalam menentukan tipe analisis tersebut dan tindak lanjut RCA merupakan ranah Komite Mutu bukan unit. Kolom baru untuk “solusi dari permasalahan dan pencegahan kejadian menurut unit” juga perlu ditambahkan sehingga apabila keterlibatan unit lain turut menjadi penyebab insiden dapat dimasukkan ke dalamnya.

Sistem SIRATU sendiri juga perlu perbaikan dalam hal penyimpanan data laporan yang sudah terisi. Progress pengisian data laporan di SIRATU tidak bisa tersimpan, hal ini menyulitkan staf apabila di tengah pengisian harus melakukan pekerjaan lain yang lebih penting.

“...Kan dia kayak EMR ya, jadi sekian menit ngga di apa-apain dia akan ke close, akan ke log out, jadi proses pengisian kita ngga tersimpan, hilang begitu aja..” (W02)

Manajemen pelaporan insiden berguna untuk mempelajari kejadian yang menunjukkan praktik keselamatan pasien yang tidak diharapkan, seperti insiden oleh karena reaksi obat atau pasien jatuh, di mana nantinya temuan ini dapat dijadikan sebagai pembelajaran untuk mencegah pengulangan insiden serupa di masa mendatang (Budi et al., 2022). Sistem pelaporan insiden berbasis elektronik yang dikembangkan dengan menyesuaikan kebutuhan pengguna juga merupakan salah satu cara untuk meningkatkan budaya pelaporan insiden melalui kemudahan pelaporan yang diciptakan (Budi et al., 2021). Oleh karena itu, berbagai masukan dari staf di unit sebagai pelapor insiden di atas dapat dijadikan Komite Mutu RS PKU Muhammadiyah Gamping sebagai bahan pertimbangan untuk berkoordinasi dengan bagian teknologi dan informasi rumah sakit guna menciptakan kemudahan dan kenyamanan pelaporan bagi pelapor insiden.

Dari penelitian ini, peneliti mendapatkan pemahaman baru yang mungkin tidak bisa didapatkan oleh peneliti kuantitatif, seperti kompleksitas hambatan dan kendala yang dialami tenaga kesehatan di rumah sakit dalam memastikan setiap prosedur berjalan sesuai standar. Bagaimana peran dan keterlibatan setiap jabatan saling mempengaruhi dan menguatkan untuk mewujudkan tujuan dari sebuah sistem juga peneliti pahami melalui penelitian ini. Pada akhirnya, penelitian kualitatif mampu menjawab

keingintahuan peneliti tentang “mengapa” dan “bagaimana” sebuah sistem berjalan.

D. Keterbatasan dan Kendala Penelitian

1. Keterbatasan Penelitian

Dalam penelitian kualitatif, untuk meningkatkan kredibilitas (*truth value*) penelitian, *peer debriefing* dan triangulasi peneliti sebaiknya dilakukan. *Peer de briefing* atau berdiskusi dengan rekan sejawat atau ahli mulai dari proses pengumpulan data, analisis data, hingga proses menulis laporan penelitian dapat membantu peneliti untuk mengeliminasi bias penelitian. Triangulasi peneliti atau melibatkan beberapa peneliti dalam analisis data juga sebaiknya dilakukan untuk membantu mengurangi subjektivitas temuan dan meningkatkan validitas temuan. Namun, dalam penelitian ini, *peer debriefing* dan triangulasi peneliti tidak dilakukan karena keterbatasan dana dan sumber daya yang peneliti miliki.

2. Kendala Penelitian

Selama proses penelitian, peneliti mendapatkan beberapa kendala sebagai berikut:

- a. Saat FGD, terdapat beberapa informan yang menggunakan masker atau bersuara kecil, hal ini sedikit menyulitkan peneliti dalam membuat transkrip verbatim karena beberapa ucapan informan tidak terdengar jelas dalam rekaman suara dari *audio recorder*.
- b. Sebelum memulai analisis data, peneliti memerlukan waktu khusus untuk mempelajari teknik dan cara analisis data kualitatif yang mudah

bagi pemula melalui *text book* maupun literatur penelitian kualitatif, di mana hal ini cukup memakan waktu.

- c. Pengolahan dan analisis data membutuhkan waktu cukup lama karena peneliti mengerjakannya secara manual tanpa bantuan peneliti lain maupun *software* analisis data kualitatif, sehingga proses *iterative* dilakukan berulang untuk memperkuat temuan dan meningkatkan kredibilitas penelitian.

BAB V

KESIMPULAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan temuan-temuan yang dihasilkan dan telah dibahas pada penelitian mengenai “Deskripsi Angka Insiden dan Evaluasi Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di RS PKU Muhammadiyah Gamping” ini, maka dapat disimpulkan bahwa:

1. Dari laporan insiden keselamatan pasien (IKP) selama periode 2022 – 2023 didapatkan peningkatan jumlah insiden KNC dan KTC, penurunan jumlah insiden KTD, dan pergantian pelaporan insiden KPC menjadi KPCS.
2. Pelaksanaan sistem pelaporan IKP di RS PKU Muhammadiyah Gamping secara umum sudah baik dan berjalan sesuai dengan ketentuan Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit Nasional (KKP-RS), namun beberapa kendala dan hambatan pada aspek pelaporan dan tindak lanjut, sumber daya manusia, manajemen, serta alat dan teknologi masih ditemukan.
3. Hambatan pelaksanaan sistem pelaporan IKP di RS PKU Muhammadiyah Gamping ditemukan pada aspek pelaporan dan tindak lanjut, sumber daya manusia, manajemen, serta alat dan teknologi.

B. Saran

Dari penelitian yang telah dilakukan, berikut adalah beberapa saran yang peneliti berikan:

1. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini menemukan beberapa aspek yang perlu dipertahankan, diperbaiki, dan ditingkatkan dari pelaksanaan sistem pelaporan IKP di RS PKU Muhammadiyah Gamping. Area (aspek) yang sudah berjalan dengan baik dan perlu dipertahankan adalah alur pelaporan insiden, penanganan RCA, pembelajaran unit, pencegahan pengulangan KTD, upaya perbaikan dari insiden, serta ketepatan waktu pelaporan IKP internal (2x24 jam) dan eksternal (satu bulan). Aspek yang perlu diperbaiki dan ditingkatkan diantaranya pengetahuan staf di unit terkait pelaporan insiden, pencegahan insiden *medication error*, panduan pelaporan KPCS, perbaikan SIRATU, *mindset* budaya pelaporan insiden, serta budaya keselamatan pasien di rumah sakit.

2. Bagi Institusi Pendidikan Fakultas Kedokteran

Hasil penelitian ini dapat menjadi input bagi institusi pendidikan fakultas kedokteran untuk memberikan materi mengenai keselamatan pasien dan pelaksanaannya di rumah sakit pada mahasiswa kesehatan sebagai bekal untuk menjalankan pendidikan profesi di rumah sakit.

3. Bagi Peneliti

Penelitian ini adalah penelitian pertama peneliti di tingkat rumah sakit yang memiliki banyak kekurangan, maka untuk penelitian berikutnya diharapkan peneliti lebih menguasai metode penelitian dan analisis data yang digunakan secara detail.

DAFTAR PUSTAKA

- A. Salsabila, A., & Supriyanto, S. (2019). Analisis Insiden Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan di Rumah Sakit X Surabaya. *Majalah Kesehatan Masyarakat Aceh (MaKMA)*, 2(3), 20-30.
- Ali, R. H. M., & Reuben, J. M. (2019). The Effect of Teamwork Development on Organizational Performance: A Case Study of Tile and Carpet Centre in Kenya. *Global Scientific Journals*, 7(9), 542–558.
- A. Salsabila, A., & Supriyanto, S. (2019). Analisis Insiden Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan di Rumah Sakit X Surabaya. *Majalah Kesehatan Masyarakat Aceh (MaKMA)*, 2(3), 20–30. <http://ojs.serambimekkah.ac.id/index.php/makma>
- Akinleye, D. D., McNutt, L. A., Lazariu, V., & McLaughlin, C. C. (2019). Correlation between hospital finances and quality and safety of patient care. *PLoS ONE*, 14(8), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219124>
- Arruum, D., & Novieastari, E. (2019). Nurses' Barriers to Incident Reporting in Patient Safety Culture: A Literature Review. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 2(4), 385–392. <https://doi.org/10.37287/ijghr.v2i4.250>
- Aseeri, M., Banasser, G., Baduhduh, O., Baksh, S., & Ghalibi, N. (2020). Evaluation of Medication Error Incident Reports at a Tertiary Care Hospital. *Pharmacy*, 8(2), 69. <https://doi.org/10.3390/pharmacy8020069>
- Assbeihat, J. M. (2016). The Impact of Collaboration among Members on Team's Performance. *Management and Administrative Sciences Review*, 5(5), 248–259.
- Ayton, D. R., Barker, A. L., Morello, R. T., Brand, C. A., Talevski, J., Landgren, F. S., Melhem, M. M., Bian, E., Brauer, G., Hill, K. D., Livingston, P. M., & Botti, M. (2017). *Barriers and enablers to the implementation of the 6-PACK falls prevention program: A pre-implementation study in hospitals participating in a cluster randomised controlled trial*. 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171932>
- Brigitta, I. R., & Dhamanti, I. (2020). Literature Review: Cause Factor Analysis and an Effort to prevent Medication Administration Error (MAE) at Hospital. *Unnes Journal of Public Health*, 9(2), 98–107. <https://doi.org/10.15294/ujph.v9i2.36470>
- Budi, S. C., Hapsara, S., Tetra, F. S., & Lazuardi, L. (2021). Incident report: Between the shadows of obligation and formality. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(E), 109–117. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.5949>
- Budi, S. C., Sunartini, S., Dewi, F. S. T., Lazuardi, L., & Rokhman, N. (2022).

- Incident Reporting Development: PaSIR (Patient Safety Incident Reporting) System for Better Patient Safety. *Jurnal Aisyah : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 7(4), 1097–1104. <https://doi.org/10.30604/jika.v7i4.1287>
- Budihardjo, V. S. (2017). Faktor Perawat Terhadap Kejadian Medication Administration Error di Instalasi Rawat Inap. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 15(1), 52–61.
- Cheema, E., Haseeb, A., & Sutcliffe, P. (2017). *Barriers to reporting of adverse drugs reactions : a cross sectional study among community pharmacists in United Kingdom*. 15(3), 1–7.
- Citra Budi, S., Rismayani, R., Lazuardi, L., Sari Tetra, F., Doktor, P., Kedokteran, F., Masyarakat, K., Keperawatan, D., layanan dan Informasi Kesehatan, D., & Vokasi, S. (2019). Variasi Insiden Berdasarkan Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. *Seminar Manajemen Informasi Kesehatan Nasional*, 59–69. <https://ojs.udb.ac.id/index.php/smiknas/article/view/702>
- Colorafi, K. J., & Evans, B. (2016). Qualitative Descriptive Methods in Health Science Research. *Health Environments Research and Design Journal*, 9(4), 16–25. <https://doi.org/10.1177/1937586715614171>
- Cottell, M., Wätterbjörk, I., & Hälleberg Nyman, M. (2020). Medication-related incidents at 19 hospitals: A retrospective register study using incident reports. *Nursing Open*, 7(5), 1526–1535. <https://doi.org/10.1002/nop2.534>
- Debelu, D., Mengistu, D. A., Tolera, S. T., Aschalew, A., & Deriba, W. (2023). Occupational-Related Injuries and Associated Risk Factors Among Healthcare Workers Working in Developing Countries: A Systematic Review. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, 10, 1–14. <https://doi.org/10.1177/23333928231192834>
- Dhamanti, I., Leggat, S., & Barraclough, S. (2020). Practical and cultural barriers to reporting incidents among health workers in Indonesian public hospitals. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 351–359. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S240124>
- Dhamanti, I., Leggat, S., Barraclough, S., Liao, H.-H., & Bakar, N. A. (2020). Comparison of Patient Safety Incident Reporting Systems in Taiwan, Malaysia, and Indonesia. *Journal of Patient Safety*, 1–7.
- Dhamanti, I., Leggat, S., Barraclough, S., & Rachman, T. (2022). Factors contributing to under-reporting of patient safety incidents in Indonesia: Leaders' perspectives. *F1000Research*, 10, 1–23. <https://doi.org/10.12688/f1000research.51912.2>
- Dhamanti, I., Leggat, S., Barraclough, S., & Tjahjono, B. (2019). Patient safety incident reporting in indonesia: An analysis using world health organization characteristics for successful reporting. *Risk Management and Healthcare Policy*, 12(December 2019), 331–338.

<https://doi.org/10.2147/RMHP.S222262>

- Di Simone, E., Giannetta, N., Auddino, F., Cicotto, A., Grilli, D., & Di Muzio, M. (2018). Medication errors in the emergency department: Knowledge, attitude, behavior, and training needs of nurses. *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 22(5), 346–352. https://doi.org/10.4103/ijccm.IJCCM_63_18
- Dyab, E. A., Elkalmi, R. M., & Bux, S. H. (2018). *Exploration of Nurses ' Knowledge , Attitudes , and Perceived Barriers towards Medication Error Reporting in a Tertiary Health Care Facility: A Qualitative Approach*. <https://doi.org/10.3390/pharmacy6040120>
- Elliott, P., Martin, D., & Neville, D. (2014). Electronic Clinical Safety Reporting System: A Benefits Evaluation. *JMIR Medical Informatics*, 2(1). <https://doi.org/10.2196/medinform.3316>
- Fathi, A., Hajizadeh, M., Moradi, K., Zandian, H., Dezhkameh, M., Kazemzadeh, S., & Rezaei, S. (2017). Medication errors among nurses in teaching hospitals in the west of Iran: what we need to know about prevalence, types, and barriers to reporting. *Epidemiology and Health*, 39, e2017022. <https://doi.org/10.4178/epih.e2017022>
- Febriansyah, F., Kusumapradja, R., & Ahmad, H. (2020). The Role Of Teamwork In Improving Patient Safety Culture. *Jurnal Medicoeticolegal Dan Manajemen Rumah Sakit*, 9(1), 41–52. <https://doi.org/10.18196/jmmr.91115>
- Ghallab, F., & Elewa, A. (2023). Impact of Patient Safety Training Program on Nursing Staff Compliance with Safety Goals and Safety Culture. *Journal of Xi'an Shiyou University, Natural Sciences Edition*, 66(11), 64–77. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10121697>
- Hamed, M. M. M., & Konstantinidis, S. (2022). Barriers to Incident Reporting among Nurses: A Qualitative Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research*, 44(5), 506–523. <https://doi.org/10.1177/0193945921999449>
- Handayani, M., & Jayadilaga, Y. (2024). Hambatan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit: Literature Review. *Graha Medika Public Health Journal*, 3(1), 2829–1956. <https://journal.iktgm.ac.id/index.php/publichealth>
- Hill, A., Francis-coad, J., Haines, T. P., Waldron, N., Etherton-beer, C., Flicker, L., Ingram, K., & Mcphail, S. M. (2016). ' My independent streak may get in the way ' : how older adults respond to falls prevention education in hospital. 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012363>
- Kaya, Ş. D., & Yuceler, A. (2016). The Role of Teamwork in Patient Safety at Healthcare Institutions. In *Recent Advances in Health Sciences* (Issue December 2016, p. 670).
- Kemenkes RI. (2016). *Permenkes Nomor 66 Tahun 2016* (Vol. 85, Issue 1, p. 6).
- Khasanah, L. M., & Wardani, N. I. K. (2024). The Strategy of Determining Job

- Descriptions on Employee Performance PT. Fokus Kualitas Utama. *GLORY (Global Leadership Organizational Research in Management)*, 2(1), 78–87.
- KKP-RS Nasional. (2015). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient Safety Incident Report)*. http://rsjiwajambi.com/wp-content/uploads/2019/09/Pedoman_Pelaporan_IKP-2015-1.pdf
- Leung, M., Kin, K., Chan, C., Leung, W., Chun, A., & Law, B. (2018). International Journal of Nursing Sciences Impact of IPMOE on nursing tasks in the medical ward : A time-motion study. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(1), 50–56. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.01.003>
- Liepelt, S., Sundal, H., & Kirchhoff, R. (2023). Team experiences of the root cause analysis process after a sentinel event : a qualitative case study. *BMC Health Services Research*, 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10178-3>
- Mansouri, S. F., Mohammadi, T. K., Adib, M., Lili, E. K., & Soodmand, M. (2019). Barriers to nurses reporting errors and adverse events. *British Journal of Nursing*, 28(11), 690–695.
- Martin-delgado, J., Martínez-garcía, A., & María, J. (2020). *How Much of Root Cause Analysis Translates into Improved Patient Safety: A Systematic Review*. 524–531. <https://doi.org/10.1159/000508677>
- Martín Delgado, M. C., Merino de Cos, P., Sirgo Rodríguez, G., Álvarez Rodríguez, J., Gutiérrez Cía, I., Obón Azuara, B., & Alonso Ovies, T. (2015). Analysis of contributing factors associated to related patients safety incidents in Intensive Care Medicine. *Medicina Intensiva*, 39(5), 263–271. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2014.06.002>
- Mostafaei, D., Marnani, A. B., Esfahani, H. M., & Estebarsari, F. (2014). *Medication Errors of Nurses and Factors in Refusal to Report Medication Errors Among Nurses in a Teaching Medical Center of Iran in 2012*. 16(10). <https://doi.org/10.5812/ircmj.16600>
- Mroz, J. E., Allen, J. A., Verhoeven, D. C., & Shuffler, M. L. (2018). Do We Really Need Another Meeting? The Science of Workplace Meetings. *Current Directions in Psychological Science*, 27(6), 484–491. <https://doi.org/10.1177/0963721418776307>
- Mutair, A. Al, Alhumaid, S., Shamsan, A., Zaidi, A. R. Z., Mohaini, M. Al, Al Mutairi, A., Rabaan, A. A., Awad, M., & Al-Omari, A. (2021). The Effective Strategies to Avoid Medication Errors and Improving Reporting Systems. *Medicines*, 8(9), 46. <https://doi.org/10.3390/medicines8090046>
- Naome, T., James, M., Christine, A., & Mugisha, T. I. (2020). Practice, perceived barriers and motivating factors to medical-incident reporting: A cross-section survey of health care providers at Mbarara regional referral hospital, southwestern Uganda. *BMC Health Services Research*, 20(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05155-z>

- Novita, W., Rita Wahidi, K., & Jus, I. (2022). Working Motivation and Reward System Influenced Nurses' Perception of Performance Mediated by Organizational Commitment. *Original Research International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 5(4), 374–383. <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v5i4.639>
- Nurdin, D. A., & Wibowo, A. (2021). Barriers To Reporting Patient Safety Incident in Health Care Workers: Integrative Literature Review. *Indonesian Journal of Health Administration*, 9(2), 210–217. <https://doi.org/10.20473/jaki.v9i2.2021.210-217>
- Ono, Y., Stravitz, P., Mohammed, M., Sbb, M. S. A., & Uhl, L. (2019). Going Down the Tubes : A Multidisciplinary Root Cause Analysis. *Blood*, 134, 4988. <https://doi.org/10.1182/blood-2019-123386>
- Permenkes RI No 11. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Keselamatan Pasien*. <https://jdih.baliprov.go.id/uploads/produk-hukum/peraturan/2017/PERMENKES/permenkes-11-2017.pdf>
- Pramesona, B. A., Sukohar, A., Taneepanichskul, S., & Rasyid, M. F. A. (2023). A qualitative study of the reasons for low patient safety incident reporting among Indonesian nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(4), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0583>
- Rahmawati, K., & Marwati, T. A. (2020). Patient safety, incident report, and utilization information technology. *International Journal of Scientific and Technology Research*, 9(2), 6078–6082.
- Rashed, A., & Hamdan, M. (2019). Physicians' and Nurses' Perceptions of and Attitudes Toward Incident Reporting in Palestinian Hospitals. *Journal of Patient Safety*, 15(3), 212–217. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000218>
- Ratanto, Hariyati, R. T. S., Mediawati, A. S., & Eryando, T. (2021). Workload as the most Important Influencing Factor of Medication Errors by Nurses. *The Open Nursing Journal*, 15(1), 204–210. <https://doi.org/10.2174/1874434602115010204>
- Sahiledengle, B., Tekalegn, Y., Woldeyohannes, D., & Quisido, B. J. E. (2020). Occupational exposures to blood and body fluids among healthcare workers in Ethiopia: A systematic review and meta-Analysis. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 25(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12199-020-00897-y>
- Samsiah, A., Othman, N., Jamshed, S., & Hassali, M. A. (2016). Perceptions and attitudes towards medication error reporting in primary care clinics: A qualitative study in Malaysia. *PLoS ONE*, 11(12), 1–19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0166114>
- Sandelowski, M. (2010). What's in a name? Qualitative description revisited.

- Research in Nursing and Health*, 33(1), 77–84.
<https://doi.org/10.1002/nur.20362>
- Shabrina, P. W. N. (2016). Analisis Kesesuaian Penerapan Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 Tahun 2016 Tentang Keselamatan Dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit Pada Rumah Sakit Anonim Tahun 2021. *Dohara Publisher Open Access Journal*, 2(03), 581–589. <http://dohara.or.id/index.php/hsk%7C>
- Shameela, A., & Sulistiadi, W. (2024). The Role of Teamwork in Building Patient Safety Culture at Hospital “X” in South Jakarta, Indonesia. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 7(1), 387–394. <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v7i1.765>
- Sultan, & Yuly Peristiowati. (2023). The Influence of Reward, Work Motivation on Nurse Performance in Inpatient Rooms. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 12(2), 177–185. <https://doi.org/10.30994/sjik.v12i2.1009>
- Takase, M. (2023). International Journal of Nursing Sciences Falls as the result of interplay between nurses , patient and the environment : Using text-mining to uncover how and why falls happen. *International Journal of Nursing Sciences*, 10(1), 30–37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.12.003>
- Uibu, E., Pölluste, K., Lember, M., & Kangasniemi, M. (2020). *Reporting and responding to patient safety incidents based on data from hospitals ’ reporting systems : A systematic review*. 9(2). <https://doi.org/10.5430/jha.v9n2p22>
- WHO. (2005). WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems. *Geneva, Switzerland: Author. Retrieved March, 16*(Report), 80.
- Amaral, C., Sequeira, C., Albacar-Riobóo, N., Coelho, J., Pinho, L. G., & Ferré-Grau, C. (2023). Patient Safety Training Programs for Health Care Professionals: A Scoping Review. *Journal of Patient Safety*, 19(1), 48–58. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001067>
- Ambiyar, & D, M. (2019). *Metodologi Penelitian Evaluasi Program* (1st ed.). ALFABETA.
- Andrianof, H. (2018). Rancang Bangun Sistem Informasi Promosi dan Penjualan pada Toko Ruminansia Berbasis Web. *Jurnal Pendidikan Dan Teknologi Informasi*, 5(1), 11–19.
- Ardiyanto, H., & Fajaruddin, S. (2019). Tinjauan atas artikel penelitian dan pengembangan pendidikan di Jurnal Keolahragaan. *Jurnal Keolahragaan*, 7(1), 83–93. <https://doi.org/10.21831/jk.v7i1.26394>
- Asem, N., Sabry, H. A., & Elfar, E. (2019). Patient safety: knowledge, influence and attitude among physicians: an exploratory study. *Journal of the Egyptian Public Health Association*, 94(1). <https://doi.org/10.1186/s42506-019-0022-9>

- Ayton, D. R., Barker, A. L., Morello, R. T., Brand, C. A., Talevski, J., Landgren, F. S., Melhem, M. M., Bian, E., Brauer, G., Hill, K. D., Livingston, P. M., & Botti, M. (2017). *Barriers and enablers to the implementation of the 6-PACK falls prevention program: A pre-implementation study in hospitals participating in a cluster randomised controlled trial*. 1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171932>
- Azzughro Salsabila, A., & Supriyanto, S. (2019). Analisis Insiden Kejadian Nyaris Cedera dan Kejadian Tidak Diharapkan di Rumah Sakit X Surabaya. *Majalah Kesehatan Masyarakat Aceh (MaKMA)*, 2(3), 20–30. <http://ojs.serambimekkah.ac.id/index.php/makma>
- Bokaii, L. (2023). Impact of Teamwork on the Performance of the Employees in the Non-Governmental Sector. *The EUrASEANs: Journal on Global Socio-Economic Dynamics*, 2(2(39)), 45–58. [https://doi.org/10.35678/2539-5645.2\(39\).2023.45-58](https://doi.org/10.35678/2539-5645.2(39).2023.45-58)
- Budi, S. C., Hapsara, S., Tetra, F. S., & Lazuardi, L. (2021). Incident report: Between the shadows of obligation and formality. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(E), 109–117. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2021.5949>
- Buhari, B., Machmud, R., & Dorisnita. (2018). *Implementation of Patient Safety in Accredited Hospitals and Its Determining Factors in Jambi City, Indonesia* (Vol. 1, Issue 2). <http://elevate.fkep.unand.ac.id/index.php/elevate/article/view/79/44>
- Citra Budi, S., Rismayani, R., Lazuardi, L., Sari Tetra, F., Doktoran, P., Kedokteran, F., Masyarakat, K., Keperawatan, dan, layanan dan Informasi Kesehatan, D., & Vokasi, S. (2019). VARIASI INSIDEN BERDASARKAN SASARAN KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT. *SMIKNAS*, 59–69.
- da Costa, T. D., Santos, V. E. P., Junior, M. A. F., Vitor, A. F., de Oliveira Salvador, P. T. C., & Alves, K. Y. A. (2017). Evaluation procedures in health: Perspective of nursing care in patient safety. *Applied Nursing Research*, 35, 71–76. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.02.015>
- Daud, A. W. (2020). *Sistem Pelaporan Dan Pembelajaran Keselamatan Pasien Nasional (SP2KPN)*.
- Dykes, P. C., Rn, D. L. C., Rn, A. H., Gersh-zaremski, R., Kennedy, A., Kurowski, J., Tierney, K., Benoit, A., Chang, F., Lipsitz, S., Tsurkova, R., Zuyov, L., D, B. M. M., & Sc, M. (2009). *Fall TIPS: Strategies to Promote Adoption and Use of a Fall Prevention Toolkit*. 153–157.
- Elkin, P. L., Johnson, H. C., Callahan, M. R., & Classen, D. C. (2016). Improving patient safety reporting with the common formats: Common data

- representation for Patient Safety Organizations. *Journal of Biomedical Informatics*, 64, 116–121. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2016.09.020>
- Erawati, W. (2019). Perancangan Sistem Informasi Penjualan Dengan Pendekatan Metode Waterfall. *Jurnal Media Informatika Budidarma*, 3(1), 1. <https://doi.org/10.30865/mib.v3i1.987>
- Evalina, Syafrial, H., Wibowo, S. N., & Pradja, B. P. (2022). The Effect of Organizational Competence and Commitment on Employee Performance on CV. Jati Visions Raya. *Daengku: Journal of Humanities and Social Sciences Innovation*, 3(1), 1–8. <https://doi.org/10.35877/454ri.daengku1307>
- Fatonah, S., & Yustiawan, T. (2020). Supervisi Kepala Ruangan dalam Meningkatkan Budaya Keselamatan Pasien. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 4(1), 151–161. <https://doi.org/10.31539/jks.v4i1.1408>
- Gading, P. W. (2018). Barriers of fall risk assessment and prevention implementation in hospital setting. *Jambi Medical Journal*, 6(2), 204–216.
- Goodhue, D. L., & Thompson, R. L. (1995). Task-Technology Fit and Individual Performance. *MIS Quarterly*, 19(2), 213–236.
- Hamed, M. M. M., & Konstantinidis, S. (2022). Barriers to Incident Reporting among Nurses: A Qualitative Systematic Review. *Western Journal of Nursing Research*, 44(5), 506–523. <https://doi.org/10.1177/0193945921999449>
- Hapsari, W. P., Labib, U. A., Haryanto, H., & Safitri, W. (2021). A Literature Review of Human, Organization, Technology (HOT)-Fit Evaluation Model. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 541, 876–883.
- Harwina, Y. (2022). The Influence of Competence on Employee Performance: Investigation of Automotive Company. *International Journal of Management and Business Applied*, 1(1), 1–8. <https://doi.org/10.54099/ijmba.v1i1.97>
- Hill, A., Francis-coad, J., Haines, T. P., Waldron, N., Etherton-beer, C., Flicker, L., Ingram, K., & Mcphail, S. M. (2016). ‘My independent streak may get in the way’: how older adults respond to falls prevention education in hospital. 1–11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012363>
- Idrus L. (2019). Evaluasi dalam Proses Pembelajaran. *Jurnal Manajemen Pendidikan Islam*, 9(2), 920–935.
- Irwan, & Rizal, M. (2021). Sistem Pelaporan Berbasis Teknologi Informasi dan Komunikasi di Perum Damri Kantor Cabang Biak. *Gema Kampus*, 16(2), 9–19.

- Jakti, U. B. (2016). *Evaluasi Sistem Informasi Jejaring Rujukan Maternal-Neonatal (SIJARIEMAS) di Kabupaten Tegal dengan Pendekatan Model Health Metrics Network (HMN)* [Diponegoro University]. <https://onsearch.id/Record/IOS2852.49454>
- Kemendes RI. (2015). *Pedoman Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit Kementerian Kesehatan Republik Indonesia* (3rd ed.).
- KKP-RS Nasional. (2015). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) (Patient Safety Incident Report)*. http://rsjiwajambi.com/wp-content/uploads/2019/09/Pedoman_Pelaporan_IKP-2015-1.pdf
- Klaib, A. F., & Nuser, M. S. (2019). Evaluating EHR and health care in Jordan according to the international health metrics network (HMN) framework and standards: A case study of hakeem. *IEEE Access*, 7, 51457–51465. <https://doi.org/10.1109/ACCESS.2019.2911684>
- Mbondji, P. E., Kebede, D., Soumbeiy-Alley, E. W., Zielinski, C., Kouvididila, W., & Lusamba-Dikassa, P. S. (2014). Health information systems in Africa: Descriptive analysis of data sources, information products and health statistics. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 107, 34–45. <https://doi.org/10.1177/0141076814531750>
- McMullin, C. (2023). Transcription and Qualitative Methods: Implications for Third Sector Research. *Voluntas*, 34(1), 140–153. <https://doi.org/10.1007/s11266-021-00400-3>
- Merici Tioivita, A., Listina, F., & Maritasari, D. Y. (2022). *Evaluasi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di RS Swasta di Lampung Tahun 2022*. 7(3), 249–261. <http://formilkesmas.respati.ac.id>
- Muaziz, H., & Irnawati, I. (2022). Retrospective Study: Trends in Patient Safety Incidents in a Private Hospital in Pekalongan Regency. *Prosiding University Research Colloquium*, 634–642.
- Murdiyanto, E. (2020). *Penelitian Kualitatif* (1st ed.). Lembaga Penelitian dan Pengabdian Pada Masyarakat UPN "Veteran" Yogyakarta Press.
- Najihah. (2018). Budaya Keselamatan Pasien dan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit: Literature Review. *Journal of Islamic Nursing*, 3(1), 1–8.
- Nilamsari, N. (2014). Memahami Studi Dokumen dalam Penelitian Kualitatif. *Wacana*, 13(2), 178–181. <http://fisip.untirta.ac.id/teguh/?p=16/>
- Permenkes RI No 11. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tentang Keselamatan Pasien*. <https://jdih.baliprov.go.id/uploads/produk-hukum/peraturan/2017/PERMENKES/permenkes-11-2017.pdf>

- Permenkes RI No 1691. (2011). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit*. <https://bprs.kemkes.go.id/v1/uploads/pdf/files/peraturan/21%20PMK%20No.%201691%20ttg%20Keselamatan%20Pasien%20Rumah%20Sakit.pdf>
- Pham, J. C., Hoffman, C., Popescu, I., Ijagbemi, O. M., & Carson, K. A. (2016). A Tool for the Concise Analysis of Patient Safety Incidents. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 42(1), 26-AP3. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(16\)42003-9](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(16)42003-9)
- Rahman, A. A., & Nasryah, C. E. (2019). *Evaluasi Pembelajaran* (1st ed.). Uwais Inspirasi Indonesia. www.penerbituwais.com
- Rasid Ridho, M. (2021). Rancang Bangun Sistem Informasi Point Of Sale Dengan Framework Codeigniter Pada Cv Powershop. In *Jurnal Computer and Science Industrial Engineering*.
- Rijali, A. (2019). Analisis Data Kualitatif. *Alhadharah: Jurnal Ilmu Dakwah*, 17(33), 81. <https://doi.org/10.18592/alhadharah.v17i33.2374>
- Rodziewicz, T. L., Houseman, B., & Hipskind, J. E. (2023). *Medical Error Reduction and Prevention*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/?report=reader>
- Rutledge, P. B., & Hogg, J. L. C. (2020). In-Depth Interviews. In *The International Encyclopedia of Media Psychology* (pp. 1–7). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781119011071.iemp0019>
- Sa'adah Nashifah, N., & Aan Adriansyah, A. (2021). Analisis Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien : Studi Kasus di Rumah Sakit Islam Jemursari Surabaya. *MOTORIK Jurnal Kesehatan*, 50–55.
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K. M., Phillips, E. C., & Hall, L. W. (2010). Caring for our own: Deploying a systemwide second victim rapid response team. In *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* (Vol. 36, Issue 5, pp. 233–240). Joint Commission Resources, Inc. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(10\)36038-7](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(10)36038-7)
- Shenoy, A. (2021). Patient safety from the perspective of quality management frameworks: a review. In *Patient Safety in Surgery* (Vol. 15, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s13037-021-00286-6>
- Spies, R., Grobbelaar, S., & Botha, A. (2020). A Scoping Review of the Application of the Task-Technology Fit Theory. *Lecture Notes in Computer Science (Including Subseries Lecture Notes in Artificial Intelligence and Lecture Notes in Bioinformatics)*, 12066 LNCS, 397–408. https://doi.org/10.1007/978-3-030-44999-5_33

- Susanto, A., & Handiyani, H. (2023). Analisis Determinan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Oleh Perawat di Rumah Sakit: Tinjauan Sistematik. *Quality : Jurnal Kesehatan*, 17(1), 52–63. <https://doi.org/10.36082/qjk.v17i1.1039>
- Swift, J. Q. (2017). Patient Safety and the Malpractice System. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 29(2), 223–227. <https://doi.org/10.1016/J.COMS.2016.12.010>
- Taylor, M. J., McNicholas, C., Nicolay, C., Darzi, A., Bell, D., & Reed, J. E. (2014). Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality & Safety*, 23(4), 290–298. <https://doi.org/10.1136/bmjqs>
- Toyo, E. M., Leki, K. G. B., Indarsari, F., & Woro, S. (2022). Evaluasi Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Dengan Metode HMN Di Rumah Sakit. *Majalah Farmasetika*, 8(1), 56. <https://doi.org/10.24198/mfarmasetika.v8i1.41357>
- Tristantia, A. D. (2018). Evaluasi Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 6(2), 83. <https://doi.org/10.20473/jaki.v6i2.2018.83-94>
- Utarni, A. (2020). *Penelitian Kualitatif dalam Pelayanan Kesehatan* (5th ed.). Gadjah Mada University Press.
- Van Gerven, E., Deweer, D., Scott, S. D., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2016). Personal, situational and organizational aspects that influence the impact of patient safety incidents: A qualitative study. *Revista de Calidad Asistencial: Organo de La Sociedad Espanola de Calidad Asistencial*, 31 Suppl 2, 34–46. <https://doi.org/10.1016/J.CALI.2016.02.003>
- Verianto The, H. (2024). Analysis Of The Effect Of Competence On Employee Performance With Job Satisfaction As An Intervening Variable. *Management Studies and Entrepreneurship Journal*, 5(2), 5693–5706. <https://doi.org/10.53651/jdeb.v17i1.490>
- WHO. (2008). *Framework and Standards for Country Health Information Systems* (2nd ed.). WHO.
- Wirama, I. P., & Wibowo, A. (2023). Faktor Pada Perawat Yang Berhubungan Dengan Persepsi Melaporkan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) Di Rumah Sakit Prima Medika Denpasar Tahun 2020. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 8(2), 74–83. <https://doi.org/10.7454/arsi.v8i2.4712>

- Wu, Y., Fu, G., Wu, Z., Wang, Y., Xie, X., Han, M., & Lyu, Q. (2023). A popular systemic accident model in China: Theory and applications of 24Model. *Safety Science*, 159, 106013. <https://doi.org/10.1016/J.SSCI.2022.106013>
- Wulandari, AT. T. A. (2019). *Analysis of Implementation of Patient Guidance of Fall Risk at PKU Muhammadiyah Gamping Hospital* [Muhammadiyah Yogyakarta University]. <http://repository.umy.ac.id/handle/123456789/31474>
- Yusof, M. M., Kuljis, J., Papazafeiropoulou, A., & Stergioulas, L. K. (2008). An evaluation framework for Health Information Systems: human, organization and technology-fit factors (HOT-fit). *International Journal of Medical Informatics*, 77(6), 386–398. <https://doi.org/10.1016/J.IJMEDINF.2007.08.011>

LAMPIRAN

Lampiran 1. Panduan Wawancara Mendalam

Adaptasi dari (Merici Tiovita et al., 2022)

Tujuan	Melakukan evaluasi <i>input</i> pelaporan insiden keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Gamping tahun 2024.
Pertanyaan Inti	
1. SDM	a. Pelatihan apa saja yang sudah diikuti terkait pelaporan insiden keselamatan pasien?
2. Pembiayaan	a. Jelaskan terkait dana untuk menunjang pelaporan insiden? b. Bagaimana dana itu dikelola?
3. Manajemen	a. Jelaskan tentang tim keselamatan pasien yang bertanggung-jawab terkait pelaporan IKP di RS PKU Gamping? b. Siapa saja orang-orang yang terlibat dalam pelaporan insiden keselamatan pasien? c. Mengapa mereka yang terlibat? d. Bagaimana keterlibatan mereka dalam pelaporan insiden keselamatan pasien? e. Jelaskan kesepakatan dalam peran masing-masing? f. Jelaskan tugas masing-masing yang terlibat dalam pelaporan insiden keselamatan pasien?
4. Kebijakan	a. Jelaskan tentang regulasi dalam bentuk pedoman atau panduan tentang pelaporan insiden keselamatan pasien? b. Bagaimana alur pelaporan insiden keselamatan pasien di RS PKU Gamping? c. Jelaskan bagaimana cara pedoman atau panduan pelaporan insiden ini disosialisasikan kepada seluruh staf? d. Jelaskan bagaimana pedoman dan panduan pelaporan insiden bisa diakses semua staf di RS PKU Gamping?
5. Metode penyelesaian masalah	a. Bagaimana metode penyelesaian masalah IKP di RS PKU Gamping? b. Bagaimana keefektifan laporan IKP untuk menyelesaikan masalah IKP untuk peningkatan <i>patient safety</i> ?
6. Teknologi	a. Jelaskan tentang teknologi yang digunakan dalam pelaporan IKP? b. Apakah ada kendala dalam penggunaannya?

Tujuan	Melakukan evaluasi proses pelaporan insiden keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Gamping tahun 2024.
Pertanyaan Inti	
1. Indikator	a. Bagaimana laporan insiden per indikator di RS PKU Gamping?
2. Sumber data	a. Apa yang ada ketahui tentang alat atau sarana untuk melaporkan IKP? b. Bagaimana alat itu?
3. Pengumpulan data	a. Bagaimana Komite PMKP bisa mengetahui terjadinya IKP? b. Bagaimana tentang ketepatan waktu dalam pelaporan IKP? c. Bagaimana dengan kelengkapan formulir IKP?
4. Pengolahan data	a. Siapa yang melakukan pengolahan laporan IKP? b. Bagaimana data laporan IKP diolah? c. Jelaskan tentang bantuan/ <i>support</i> dari teknologi dalam pengolahan data IKP? d. Jelaskan di bagian mana pengolahan data IKP tercantum di panduan atau pedoman RS?
5. Penyajian data	a. Bagaimana penyajian data IKP? b. Jelaskan kendala dalam penyajian data IKP? c. Jelaskan di bagian mana penyajian data IKP tercantum di panduan atau pedoman RS?
6. Analisis data	a. Bagaimana analisis data laporan IKP? b. Jelaskan kendala dalam analisis data? c. Jelaskan di bagian mana analisis data IKP tercantum dalam panduan atau pedoman RS?

Tujuan	Melakukan evaluasi <i>output</i> pelaporan insiden keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Gamping tahun 2024.
Pertanyaan Inti	
1. Pelaporan Insiden	a. Jelaskan bagaimana setiap IKP dilaporkan? Jika ada yang tidak dilaporkan, mengapa?
2. Pengambilan Keputusan	a. Bagaimana kelanjutan hasil laporan IKP setelah dianalisis? b. Bagaimana hubungan hasil analisis pelaporan IKP dengan pengambilan keputusan di RS?

Lampiran 2. Panduan FGD

Adaptasi dari (Merici Tiovita et al., 2022)

Tujuan	Melakukan evaluasi <i>input</i> pelaporan insiden keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Gamping tahun 2024.
Pertanyaan Inti	
1. SDM	a. Pelatihan apa saja yang sudah diikuti terkait pelaporan insiden keselamatan pasien?
2. Pembiayaan	a. Jelaskan terkait royalti sebagai PIC pelaporan insiden?
3. Manajemen	a. Bagaimana keterlibatan anda dalam pelaporan insiden keselamatan pasien? b. Jelaskan kesepakatan dalam peran masing-masing? c. Jelaskan tugas anda dalam pelaporan insiden keselamatan pasien?
4. Kebijakan	a. Jelaskan tentang regulasi dalam bentuk pedoman atau panduan tentang pelaporan insiden keselamatan pasien? b. Bagaimana anda melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien di RS PKU Gamping? c. Jelaskan bagaimana cara pedoman atau panduan pelaporan insiden ini disosialisasikan kepada seluruh staf? d. Jelaskan bagaimana pedoman dan panduan pelaporan insiden bisa diakses semua staf di RS PKU Gamping?
5. Metode penyelesaian masalah	a. Bagaimana metode penyelesaian masalah IKP di RS PKU Gamping? b. Bagaimana keefektifan laporan IKP untuk menyelesaikan masalah IKP untuk peningkatan <i>patient safety</i> ?
6. Teknologi	a. Jelaskan tentang teknologi yang anda digunakan dalam pelaporan IKP? b. Apakah ada kendala dalam penggunaannya?

Tujuan	Melakukan evaluasi proses pelaporan insiden keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Gamping tahun 2024.
Pertanyaan Inti	
1. Indikator	a. Apa yang anda ketahui tentang pengklasifikasian IKP?
2. Sumber data	a. Apa yang anda ketahui tentang sarana untuk melaporkan IKP? b. Bagaimana alat itu?
3. Pengumpulan data	a. Jelaskan tentang waktu yang anda butuhkan dalam melaporkan IKP ke Komite PMKP?

	b. Bagaimana dengan kelengkapan formulir IKP?
4. Pengolahan data	-
5. Penyajian data	-
6. Analisis data	-

Tujuan	Melakukan evaluasi <i>output</i> pelaporan insiden keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Gamping tahun 2024.
Pertanyaan Inti	
1. Pelaporan Insiden	a. Jelaskan apakah setiap IKP dilaporkan? Jika tidak, mengapa?
2. Pengambilan Keputusan	a. Jelaskan hasil dari pelaporan IKP yang anda lakukan? b. Apakah ada perbaikan?

Lampiran 3. Surat Layak Etik Penelitian



**RS PKU MUHAMMADIYAH
GAMPING**
S I G A P (Smart, Islami, Gembira, Antusias, Profesional)

KOMISI ETIK PENELITIAN

Sekretariat : Diklat RS PKU Muhammadiyah Gamping

Email : diklitbangpku.gamping@gmail.com

Telp / WA : 081210933623



PEMBEBASAN ETIK ETHICAL EXEMPTION

No. 033/KEP-PKU/II/2024

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti Utama
The research protocol proposed by : Nabilla Desi Fitriani

Nama Institusi
Name of the Institution : Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Dengan Judul
Title

"DESKRIPSI ANGKA KEJADIAN DAN EVALUASI SISTEM PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DI RS PKU MUHAMMADIYAH GAMPING"

"DESCRIPTION OF INCIDENT RATES AND EVALUATION OF THE PATIENT SAFETY INCIDENT REPORTING SYSTEM AT PKU MUHAMMADIYAH GAMPING HOSPITAL"

Dinyatakan dikecualikan dari etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically exempted in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Layak Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 01 February 2024 sampai dengan tanggal 01 February 2025

This declaration of ethics applies during the period 01 February 2024 sampai dengan tanggal 01 February 2025

*Professor and Chairperson
Yogyakarta, 01 February 2024*



Lampiran 4. Surat Uji Similaritas



**PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
Terakreditasi "A"**

(Perpustakaan Nasional RI No: 00135/LAP.PT/II.2020)

SURAT KETERANGAN UJI SIMILARITAS

4281/A.4-II/US/X/2024

Perpustakaan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta menyatakan bahwa Skripsi atas nama :

Nama : Nabilla Desi Fitriani
No. Mahasiswa : 20210310088
Program Studi : S1 Kedokteran
Dosen Pembimbing : Dr. dr. Ekorini Listiowati, MMR
Judul : DESKRIPSI ANGKA KEJADIAN DAN EVALUASI SISTEM
PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DI RS PKU
MUHAMMADIYAH GAMPING YOGYAKARTA

Telah dilakukan tes Turnitin filter 1%, dengan indeks similaritas sebesar 2%.
Semoga surat keterangan ini dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui :
Kepala Perpustakaan UMY



Novy Diana Fauzie, S.S.,M.A.

Yogyakarta, 31/10/2024
Petugas

M. Rifki Nugroho, S.I.Pust.