

ANALISIS TATA LAKSANA KEGIATAN PENCATATAN PELAPORAN INSIDEN KESELAMATAN PASIEN DI RUANG RAWAT INAP RSI SULTAN AGUNG SEMARANG

Ayu Sekar Melati*Sulistyoningsih[^]

***Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSI Sultan Agung Semarang**

[^] Komite Mutu dan Keselamatan Pasien RSI Sultan Agung Semarang

ABSTRAK

Latar belakang

Keselamatan pasien adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman, mencegah terjadinya cedera akibat melaksanakan sesuatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Sistem keselamatan pasien meliputi risiko identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, tindak lanjut serta implelementasi solusi untuk meminimalisasi dan risiko. Semua petugas rumah sakit yang terlibat dalam melakukan pelayanan kesehatan memiliki peran untuk melaksanakan sistem keselamatan pasien. Program ini sudah menjadi indikator standar utama dalam penilaian akreditasi rumah sakit, namun dalam implementasinya masih ditemukan berbagai kendala.

Metode

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif analitik yaitu penelitian dengan menggambarkan suatu masalah, menjelaskan masalah dan menganalisis masalah tersebut dengan perangkat teori-teori dan konsep-konsep yang relevan.

Hasil

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sistem keselamatan pasien di rumah sakit sudah diterapkan, namun dalam tata laksana pengorganisirnya masih perlu banyak penyempurnaan. Organisasi yang mengelola keselamatan pasien di RSI Sultan Agung ditetapkan yaitu oleh Komite mutu dan keselamatan pasien, kebijakan dan SPO sudah ada, namun masih kurang kuat kegiatan koordinasi rutin dan diseminasi hasil analisa pelaporan insiden kepada seluruh staf unit.

Kesimpulan dan saran

Dapat disimpulkan dan disarankan perlu dilakukan komunikasi yang efektif dan reguler antara KMKP dengan seluruh petugas di unit lewat kegiatan refreshment sistem berupa sosialisasi rutin mengenai kebijakan dan SPO insiden keselamatan pasien, prosedur, reward, punishment, no blaming culture. Pelatihan rutin untuk seluruh petugas rumah sakit dalam pengisian formulir insiden, investigasi sederhana serta RCA sehingga semua petugas mampu melakukan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien secara mandiri.

Keyword : Rumah Sakit, Keselamatan Pasien, insiden keselamatan pasien, pencatatan dan pelaporan

1. PENDAHULUAN

Pada era globalisasi ini, perkembangan dan penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi membuat banyak rumah sakit selaku tempat memperoleh pelayanan kesehatan modern berlomba-lomba memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik agar mendapatkan kepuasan dari pasien dan memenangkan persaingan. Pelayanan rumah sakit yang dilengkapi dengan berbagai teknologi canggih, prosedur diagnostik kompleks dan pelayanan terapi yang berisiko mengakibatkan cedera pada pasien. Hal tersebut mengakibatkan industri rumah sakit dikategorikan sebagai *High Reliability Organizations* (HRO). HRO merupakan kondisi dimana suatu organisasi sukses menjalankan kegiatannya dengan sistem maupun teknologi bersifat kompleks pada lingkungan menantang, namun dapat mencapai kegagalan.¹

Prioritas utama rumah sakit sebagai pelayanan kesehatan adalah Keselamatan pasien yang merupakan komponen kritis didalam manajemen mutu rumah sakit. Banyaknya laporan tuntutan oleh pasien atas *medical error* yang terjadi pada pasien menjadikan pelaksanaan keselamatan pasien rumah sakit sebagai sebuah gerakan universal. Di Indonesia, program keselamatan pasien dirumah sakit telah dicanangkan pada tahun 2005 dan didukung dengan terbitnya Keputusan Menteri nomor: 496/ Menkes/ SK/I V/ 2005 tentang Pedoman Audit Medis di Rumah Sakit.²

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) Depkes RI telah menyusun dan menetapkan Standar Keselamatan Pasien Rumah Sakit yang merupakan gabungan Standar Akreditasi Rumah Sakit dengan standar *Joint Commision International* (JCI) 2011 yang berunsur keselamatan pasien.³ Sistem keselamatan pasien meliputi risiko identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, tindak lanjut serta implelementasi solusi untuk meminimalisasi dan risiko. Semua petugas rumah sakit yang terlibat dalam melakukan pelayanan kesehatan memiliki peran untuk melaksanakan sistem keselamatan pasien. Dengan adanya sistem keselamatan pasien dirumah sakit, maka pasien dapat memperoleh pelayanan kesehatan dengan aman tanpa adanya potensi atau risiko cedera serta memperoleh kepuasan. Hal tersebut dapat mempengaruhi mutu pelayanan rumah sakit yang didukung dengan **Teori Tjiptono** bahwa

kualitas pelayanan bermutu dapat memberikan kepuasan. Maka, semakin meningkat pelaksanaan sistem keselamatan pasien, semakin meningkat mutu pelayanan rumah sakit.⁵ Berdasarkan tujuh langkah menuju keselamatan pasien rumah sakit menurut KKPRS No. 001-VIII-2005, langkah keempat yaitu kembangkan sistem pelaporan, “Pastikan staf Anda agar dengan mudah dapat melaporkan kejadian atau insiden, serta rumah sakit mengatur pelaporan kepada KKPRS”.⁹ Dalam UU RI No.44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit disebutkan bahwa rumah sakit wajib menerapkan standar keselamatan pasien dan melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien dibuat secara anonim bertujuan untuk mengoreksi sistem sehingga tercapai peningkatan keselamatan pasien.¹⁰ Hal tersebut menjelaskan bahwa pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan salah satu cara untuk mencapai keberhasilan dalam program keselamatan pasien.

Pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan suatu kegiatan pelaporan insiden secara tertulis yang terjadi di rumah sakit. Insiden keselamatan pasien yang dimaksud adalah kesalahan medis (*medical error*), kejadian yang tidak diharapkan (*adverse event*) dan nyaris terjadi (*near miss*). Untuk memulai kegiatan pelaporan ini maka perlu disusun suatu sistem pelaporan insiden rumah sakit yang meliputi kebijakan, SOP, alur pelaporan, pedoman dan panduan pelaporan serta formulir pelaporan. Pelaporan insiden penting dilakukan karena dengan pelaporan maka dapat mencegah insiden terulang kembali. Pelaporan insiden keselamatan pasien dapat diibaratkan sebagai jantung dari mutu pelayanan kesehatan, bagian penting dalam pembelajaran, peremajaan, revisi kebijakan serta *Standard Operating Procedure* (SOP) dan panduan. Pelaporan insiden keselamatan pasien memerlukan keterlibatan serta komitmen yang tinggi dari suatu organisasi dan individu didalamnya.¹¹

Pelaporan yang baik dapat mendukung tercapainya peningkatan mutu keselamatan pasien apabila terdokumentasi dengan baik dan semua petugas rumah sakit menerapkan budaya pelaporan setiap ditemukan insiden keselamatan pasien. Agar budaya pelaporan insiden keselamatan pasien dapat diterapkan, maka perlu dilakukan peningkatan pengetahuan dan pemahaman tentang tujuan serta manfaat pelaporan bagi mutu pelayanan rumah sakit dan keselamatan pasien. Selain itu, pelatihan mengenai konsep keselamatan pasien (*patient safety*), jenis-jenis insiden, alur pelaporan, dan pengisian form laporan insiden juga

diperlukan. Dengan cara tersebut, maka para petugas rumah sakit dapat mengetahui manfaat pelaporan jika terjadi insiden dan melaksanakan pelaporan insiden keselamatan pasien baik pada Kejadian Tidak Diharapkan (KTD), Kejadian Nyaris Cedera (KNC), Kejadian Tidak Cedera (KTC), Kejadian Potensial Cedera (KPC), dan sentinel.

Rumah Sakit Islam Sultan Agung (RSISA) merupakan salah satu rumah sakit swasta di Kota Semarang yang ditetapkan menjadi rumah sakit kelas B melalui surat keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. H.K03.05/I/513/2011 dan telah terakreditasi KARS dengan status paripurna. Dari status akreditasi tersebut sudah seharusnya Rumah Sakit Islam Sultan Agung menerapkan budaya keselamatan pasien dimana telah diatur pemerintah dalam memberikan pelayanan prima yang berstandar mutunya. Keselamatan pasien mulai dikenalkan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung pada tahun 2009 dan dilanjutkan dengan pembentukan *Patient Safety Committee*. Pada tahun 2015, Komite Mutu dan *Patient Safety* digabung menjadi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien dengan rekomendasi KARS. Salah satu kegiatan yang dilaksanakan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien untuk menurunkan angka insiden dirumah sakit adalah pelaporan insiden keselamatan pasien. Kegiatan tersebut diharapkan dapat menurunkan angka insiden di Rumah Sakit Islam Sultan Agung karena pelaporan insiden merupakan salah satu proses pembelajaran para petugas rumah sakit sehingga insiden tidak terulang lagi.

Berdasarkan penelitian Telly Verawati yang berjudul Analisis Pelaksanaan Budaya Keselamatan Pasien dari Aspek Manajerial di Rawat Inap Rumah Sakit Islam Sultan Agung, disebutkan bahwa salah satu program keselamatan pasien yang telah dilakukan adalah pelaporan insiden keselamatan pasien, namun dalam pelaksanaannya masih perlu dianalisis dan dievaluasi kembali agar pelaporan lebih baik.¹²

Pelaporan insiden mulai dilaksanakan pada tahun 2009, namun pelaksanaannya tidak berjalan optimal dan mengalami vakum sampai akhirnya dilanjutkan kembali ditahun 2015. Pelaporan insiden di Rumah Sakit Islam Sultan Agung dinilai belum optimal, masih ditemukan berbagai hambatan dalam pelaksanaannya. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Islam Sultan Agung, diperoleh data pelaporan insiden tahun 2017 yang masuk dalam Komite Mutu dan Keselamatan Pasien yang dimana terdapat 30 pelaporan insiden dalam satu tahun.

Tabel1.1 Laporan Insiden Tahun 2017 di RSISA Semarang

BULAN	JUMLAH	PRESENTASE
Januari	5	0.167
Februari	4	0.133
Maret	5	0.167
April	3	0.1
Mei	1	0.033
Juni	2	0.067
Juli	5	0.167
Agustus	1	0.033
September	2	0.067
Oktober	1	0.033
November	1	0.033
Desember	0	0
Total	30	

Pada pelaporan insiden tahun 2017 terjadi penurunan tren persentase pelaporan insiden dengan pelaporan, penurunan persentase tersebut menunjukkan masih terdapat hambatan dalam pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien.

Tabel1.2 Pelaporan Insiden Tahun 2017 di RSISA Semarang

No	Jenis Insiden	Jumlah
1	Kejadian Potensi Cidera (KPC)	13
2	Kejadian Nvaris Cidera (KNC)	6
3	Kejadian Tidak Cidera (KTC)	3
4	Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)	8
5	Sentinel	0
	Total	30

Pada tahun 2017, indikator mutu angka pelaporan insiden KNC, KTD, dan sentinel dengan formulir insiden lengkap dari unit perawatan dalam waktu $\leq 2 \times 24$ jam dengan target $> 60\%$ telah mencapai target dengan capaian 77% . Sedangkan pada tahun 2016, target

dinaikkan menjadi 70% sedangkan capaiannya hanya 51% dimana tidak mencapai target indikator mutu pelaporan insiden yang sudah ditetapkan.

Rendahnya persentase pelaporan insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung juga disebabkan karena adanya insiden di rumah sakit baik yang sudah terjadi maupun insiden yang berpotensi terjadi tidak dilaporkan oleh para petugas rumah sakit. Pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan hal yang sulit dan merupakan ancaman pada diri petugas karena "*no blaming culture*" belum diterapkan. *Blaming culture* merupakan budaya menyalahkan yang menyebabkan petugas rumah sakit takut untuk melaporkan insiden karena takut disalahkan dan diberi hukuman, sehingga informasi mengenai insiden disembunyikan agar sulit ditemukan akar masalahnya. Jika pelaporan keselamatan pasien dilakukan oleh petugas rumah sakit, sebagian besar bentuk laporan yang dilaporkan bersifat miskin data karena tidak lengkapnya data yang diberikan. Pengisian laporan insiden keselamatan pasien yang tidak lengkap merupakan bukti bahwa pengisian laporan belum sesuai dengan SPO yang berlaku.

Dari penjabaran diatas, dijelaskan bahwa masih adanya kendala dari sisi petugas rumah sakit sebagai sumber daya, perencanaan, pelaksanaan serta monitoring dan evaluasi. Oleh karena itu, melalui penelitian ini peneliti ingin menganalisis sistem pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien ditinjau dengan menggunakan teori fungsi manajemen yaitu untuk mengetahui proses pelaksanaan dari suatu kegiatan yang dapat dilihat dari perkiraan, penganggaran, pengorganisasian, kepemimpinan serta koordinasi dalam pelaporan insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung, sehingga peneliti mengangkat judul Analisis Sistem Pelaksanaan Pencatatan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Kota Semarang.

Salah satu langkah dalam program keselamatan pasien adalah pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien. Pelaksanaan yang optimal dapat membantu rumah sakit dalam mencegah suatu insiden terulang kembali, maka dari tu diperlukan penerapan budaya pelaporan insiden keselamatan pasien oleh petugas rumah sakit. Berdasarkan latar belakang permasalahan yang telah diuraikan, maka peneliti merumuskan masalah

sebagai berikut “Bagaimana pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien dirawat inap Rumah Sakit Islam Sultan Agung Kota Semarang?”

2. TUJUAN PENELITIAN

a. Tujuan Umum

Menganalisis pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien dirawat inap Rumah Sakit Islam Sultan Agung Kota Semarang.

b. Tujuan Khusus

- i. Menganalisis perencanaan dalam penyusunan kebijakan dan SOP serta sarana dan prasarana dari perencanaan pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien dirawat inap Rumah Sakit Islam Sultan Agung Kota Semarang.
- ii. Menganalisis penganggaran (*budgeting*) berupa ketersediaan dana dari perencanaan pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien dirawat inap Rumah Sakit Islam Sultan Agung Kota Semarang.
- iii. Menganalisis rangkaian proses pengorganisasian (*organizing*) berupa pengaturan staf (*staffing*) yaitu struktur organisasi, *job description* dan koordinasi Tim KMKP dengan unit di rumah sakit dalam pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Kota Semarang.
- iv. Menganalisis rangkaian pengorganisasian (*organizing*) berupa pemanduan sumber daya (*staffing*) yaitu sumber daya manusia, pelatihan dan sosialisasi dalam pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Kota Semarang.
- v. Menganalisis kepemimpinan (*leading*) berupa perintah (*directing*) dalam implementasi kebijakan dan SOP, pengisian dan pengumpulan formulir insiden keselamatan pasien dan penyerahan laporan kepada KMKP dari pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien dirawat inap Rumah Sakit Islam Sultan Agung Kota Semarang.
- vi. Menganalisis kepemimpinan (*leading*) berupa motivasi (*motivating*) dalam pembinaan dan komitmen petugas dari pelaksanaan pencatatan pelaporan

insiden keselamatan pasien di rawat inap Rumah Sakit Islam Sultan Agung Kota Semarang.

- vii. Menganalisis koordinasi (*coordinating*) dalam hasil rekomendasi laporan insiden dari pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien di rawat inap Rumah Sakit Islam Sultan Agung Kota Semarang.

3. METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif analitik yaitu penelitian dengan menggambarkan suatu masalah, menjelaskan masalah dan menganalisis masalah tersebut dengan perangkat teori-teori dan konsep-konsep yang relevan . Penelitian jenis ini dapat dimulai tanpa adanya hipotesis tetapi diawali dengan kerangka topic dan persoalan yang akan diteliti.

Subyek penelitian staff komite mutu dan keselamatan pasien, manajer keperawatan, penjab rawat inap, staff keperawatan, dokter jaga, Kepala Bagian Litbang, dan Kepala Bagian Pengembangan Sumber Daya Insani yang telah bersedia menjadi informan dan sudah Bekerja minimal 1 tahun.

Pengumpulan Data merupakan proses dimana data penelitian dikumpulkan melalui berbagai cara yaitu wawancara mendalam dengan informan utama dan triangulasi, observasi dan studi literatur. Hal ini dilakukan untuk mendapatkan informasi yang sesuai dengan tujuan penelitian.

4. HASIL

Dalam rangka peningkatan mutu dan keselamatan pasien, RSISA membentuk suatu komite yang berfokus pada kedua hal tersebut yaitu Komite Mutu dan Keselamatan Pasien Rumah Sakit / KMKP. Komite Mutu dan KPRS bertanggung jawab langsung kepada Direktur Rumah Sakit. Tugas dari keselamatan pasien rumah sakit sendiri adalah untuk menyusun, menggerakkan, mengimplementasikan dan mengevaluasi program keselamatan pasien di RSISA. Dalam menjalankan programnya, KMKP dibantu oleh champion dari setiap unit yang merupakan penggerak keselamatan pasien atau yang disebut dengan Quality Safety link Champion (QSLC) yang bertanggung jawab dalam keselamatan pasien dan

program mutu di masing-masing unit kerja. Berdasarkan Surat Keputusan Direktur tentang penunjuk kan QSLC atau penggerak keselamatan pasien, QSLC merupakan panjang tangan dari KMKP ke unit kerja, penggerak keselamatan pasien serta penerus informasi terkait keselamatan pasien keseluruh staf di unit kerja, mengikuti rapat-rapat insidentil terkait keselamatan pasien,mengevaluasi dan menilai pelaksana,dan bertanggung jawab atas laporan-laporan keselamatan pasien kepada KMKP.

Tabel 4.1 karakteristik Informan Utama

No	Inisial	Umur (tahun)	Jenis Kelamin	Pendidikan	Jabatan	Masa Bekerja
1	IU 1	31	Perempuan	S1 Profesi Dokter Umum	DokterJaga RawatInap	6
2	IU 2	33	Perempuan	D3 Keperawata	Perawat UnitBaitul Izzah 1	10
3	IU 3	28	Laki-laki	D3 Keperawata	Perawat UnitBaitul Izzah 1	3
4	IU 4	30	Laki-laki	D3 Keperawata	Perawat UnitBaitul Izzah 1	7

	Inisial	Umur (tahun)	Jenis Kelamin	Pendidikan	Jabatan	Masa Bekerja
5	IU 5	31	Perempuan	D3 Keperawatan	Perawat UnitR.Adn	8
6	IU 6	25	Perempuan	D3 Keperawatan	Perawat UnitR.Adn	2,5
7	IU 7	24	Perempuan	D3 Keperawatan	Perawat UnitR.Adn	2,5
8	IU 8	46	Perempuan	Profesi Apoteker	Petugas Farmasi	25

Berdasarkan tabel 4.1 dapat diperoleh informasi bahwa informan utama dalam penelitian ini memiliki rentang usia yaitu 24-46 tahun dengan rata rata berumur 31 tahun yang merupakan golongan usia dewasa muda.²⁹ Informan dengan jenis kelamin perempuan lebih banyak dari pada indorman berjenis kelamin laki-laki. Latar belakang pendidikan informan utama beragam yaitu D3 Keperawatan, S1 Profesi Dokter Umum dan Profesi Apoteker. Masa kerja informan utama berada pada rentang 2,5-25 tahun, dengan rata-rata masa kerja yaitu 8 tahun.

Tabel 4.2 karakteristik informan triangulasi

No	Inisial	Umur (tahun)	Jenis Kelamin	Pendidikan	Jabatan	Masa Bekerja
1	IT 1	29	Perempuan	S1 Profesi Dokter Umum	Kepala KMKP	4
2	IT 2	40	Perempuan	S1 Psikologi	Sekretaris KMKP	21
3	IT 3	49	Perempuan	D3 Keperawatan	Kepala Bagian Pengembang an Sumber Daya Insani	21

Berdasarkan tabel 4.2 dapat diperoleh informasi bahwa informan triangulasi dalam penelitian ini memiliki rentang usia yaitu 29-49 tahun, dengan rata-rata umur 39 tahun yang merupakan golongan usia dewasa muda. 29 Seluruh informan berjenis kelamin perempuan. Latar belakang pendidikan informan utama beragam yaitu D3 Keperawatan, S1 Psikologi dan S1 Profesi Dokter Umum. Masa kerja informan utama berada pada rentang 4-21 tahun, dengan rata-rata masa kerja yaitu 15 tahun.

HASIL WAWANCARA

a. Penerapan Pencatatan dan Pelaporan

Perencanaan dalam pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien terdiri dari perkiraan (*forecasting*) dan penganggaran (*budgeting*). Perkiraan terdiri dari penyusunan kebijakan dan SOP serta sarana dan prasarana. Perencanaan dalam pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien meliputi: Kebijakan dan SOP (*Standard Operating Procedure*) Kebijakan dan SOP merupakan asas dan pedoman dalam pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien yang disusun oleh KMKP (Komite Mutu dan Keselamatan Pasien) sebagai penanggung jawab pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien. Tentang komponen perencanaan dalam kebijakan dan SOP pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien, hasil wawancara yang dilakukan dengan informan utama sejumlah 10 orang, seluruhnya mengatakan bahwa telah tersedianya kebijakan pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien dan merasa pernah melihat surat kebijakan tersebut. Namun 1 orang informan menjawabnya dengan ragu-

ragu. 8 informan mengatakan bahwa kebijakan berbentuk *file* yang disimpan didalam map. 2 informan mengatakan telah tersedianya kebijakan mengenai pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien, kebijakan tidak spesifik untuk pelaporan insiden keselamatan pasien yang berbentuk buku kebijakan mutu dan keselamatan pasien, turunannya berupa pedoman pelayanan KMKP yang berisi kewajiban rumah sakit untuk melakukan *Quality Improvement dan Patient Safety* dimana didalamnya dijelaskan mengenai pelaporan insiden keselamatan pasien. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan triangulasi, Kepala Bagian Pengembangan SDI mengatakan bahwa telah tersedianya kebijakan pelaporan IKP oleh KMKP. Pernyataan tersebut didukung oleh Kepala Bagian Litbang yaitu telah tersedianya kebijakan mutu dan keselamatan pasien yang salah satunya mengenai pelaporan insiden keselamatan pasien.

Berdasarkan hasil wawancara tentang komponen perencanaan dalam sarana dan prasarana pada pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien, hasil wawancara dengan 10 informan utama, seluruhnya mengatakan bahwa cara melakukan pelaporan dengan pengisian formulir insiden keselamatan pasien dan jumlahnya telah mencukupi. 3 informan mengatakan bahwa selain formulir dapat melalui IT Blog. 2 informan lain mengatakan pelaporan dapat dilakukan melalui *whatsapp* dengan Kepala Ruang dan 1 orang lainnya mengatakan dapat melalui telfon ke Kepala Ruang. Seluruh informan mengatakan bahwa instrumen pelaporan sudah cukup. Pernyataan tersebut didukung oleh pernyataan seluruh informan triangulasi bahwa selain dengan formulir insiden keselamatan pasien, pelaporan dapat dilakukan dengan mengirimkan foto formulir di *whatsapp* sendiri terdapat *group* antara QLSC dan KMKP sehingga insiden dapat dilaporkan di *group* tersebut dan formulir bisa dikumpulkan menyusul. Ketersediaan dan kejelasan isi formulir sangat penting agar mudah didapat dan dipahami para petugas rumah sakit yang akan membuat laporan insiden keselamatan pasien. Dari hasil wawancara kepada 10 informan utama, semuanya mengatakan bahwa ketersediaan formulir sudah cukup. 3 orang informan mengatakan bahwa formulir IKP mudah dipahami, 2 orang informan mengatakan bahwa

formulir mudah dipahami dan diisi namun masih banyak petugas yang mengeluhkan mengenai sulitnya formulir untuk dipahami dan terlalu banyak yang harus diisi. 2 orang informan mengatakan dengan ragu-ragu bahwa formulir IKP mudah dipahami, 2 orang informan mengatakan tidak pernah mengisi formulir IKP dan tidak pernah membacanya. Sedangkan 1 orang informan mengatakan bahwa formulir IKP sulit dipahami dan bertele-tele. Menurut Kepala Bagian Pengembangan SDI dan Kepala Bagian Litbang, formulir insiden keselamatan pasien banyak yang harus diisi namun pastinya sudah disesuaikan dengan pusat. Untuk pertanyaan mengenai pembinaan mengenai pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien dalam rangka meningkatkan motivasi petugas rumah sakit, dari 10 informan utama, 7 orang mengatakan tidak ada pembinaan yang dilakukan oleh KMKP namun ada pembinaan atau sekedar diingatkan oleh Kepala Ruang. Sedangkan 1 orang informan mengatakan dengan ragu-ragu bahwa mungkin ada pembinaan oleh KMKP sekali-kali. 2 orang informan lainnya mengatakan bahwa pembinaan tidak ada namun bisa diadakan insidental untuk unit atau ruang yang meminta dibimbing karena belum paham atau terdapat beberapa petugas baru dan tim KMKP akan turun langsung dengan harapan para petugas memahami jenis-jenis insiden, cara mengisi formulir, rajin melaporkan dan dapat membuat investigasi sederhana. Kepala Bagian Pengembangan SDI mengatakan bahwa belum ada pembinaan oleh KMKP terkait pelaporan insiden keselamatan pasien, hanya mengingatkan melalui QLSC. Kepala Bagian Litbang mengatakan bahwa dulu sempat dilakukan pembinaan saat visitasi ke ruang atau unit toleh KMKP, namun sudah tidak dilakukan lagi. Pernyataan tersebut didukung dengan hasil observasi berdasarkan dokumen pendukung mengenai sarana dan prasarana dalam pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien.

b. Pelaksanaan Pencatatan dan Pelaporan

Pelaksanaan merupakan sebuah usaha untuk menggerakkan petugas rumah sakit agar dapat menjalankan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien sesuai dengan kegiatan yang telah direncanakan agar mencapai suatu tujuan. Pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien meliputi :

i. Pengorganisasian(*Organizing*)

Pengorganisasian dalam pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien meliputi pengaturan staf(*staffing*) dan pemanduan sumber daya (*assemblingresources*).

ii. Pengaturan staf (*staffing*)

Pengaturan staf terdiri dari stuktur organisasi, *job description* dan koordinasi oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien kepada unit-unit diRSISA.

Berdasarkan wawancara tentang komponen pengaturan staf dalam pengorganisasian pada pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien, hasil wawancara dengan 10 informan utama mengenai struktur organisasi dalam pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien, 8 informan mengatakan ada struktur organisasi dalam pelaksanaannya. 2 informan lainnya mengatakan bahwa tidak ada struktur organisasi dalam pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien namun berupa *Person In Charge* (PIC) yang dimana merupakan salah satu anggota dari KMKP. Kepala Bagian Pengembangan SDI dan Kepala Bagian Litbang mengatakan bahwa tidak ada struktur organisasi khusus hanya KMKP dan dibantu oleh QSLC.

Untuk pertanyaan apakah pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien ada di dalam *job description* masing-masing petugas rumah sakit, dari 10 informan utama, 3 orang informan mengatakan bahwa dijabarkan dalam uraian tugas bahwa petugas perlu menjaga keselamatan pasien tapi tidak spesifik dengan pelaporan IKP namun 2 orang menjawabnya dengan ragu-ragu, 4 orang informan mengatakan bahwa tidak dijabarkan dalam uraian tugas, 1 orang informan mengatakan tidak tau apakah ada atau tidak dijabarkan didalam uraian tugas dan 2 orang informan lainnya mengatakan bahwa untuk QSLC pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien dijabarkan dalam *jobdescription* namun untuk petugas lain tidak dijabarkan.

Kepala Bagian Pengembangan SDI dan Kepala Bagian Litbang mengatakan bahwa dalam *job description* QSLC dijelaskan bahwa wajib melakukan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien, namun tidak tercantum pada *job description* petugas rumah sakit lainnya. Seharusnya juga dijabarkan karena pelaporan tidak hanya kewajiban atau tugas QSLC namun untuk seluruh petugas rumah sakit.

Berdasarkan wawancara tentang pemanduan sumber daya dalam pengorganisasian pada pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien, hasil wawancara dengan informan utama mengenai tim khusus dipelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien, dari 10 informan utama, 4 orang informan mengatakan ada tim khusus berupa Kepala Ruang, Kepala Shift dan Penanggung Jawab Ruang sebagai pihak yang mengisi formulir IKP. 1 orang informan mengatakan bahwa tim khusus yaitu KMKP, QSLC dan Penanggung Jawab Ruang. 3 orang informan lainnya mengatakan bahwa tidak ada tim khusus, 2 orang tersebut mengatakan karena pelaporan langsung diisi oleh Kepala Ruang dan 1 orang mengatakan setiap orang wajib mengisi sendiri. 2 orang informan lainnya mengatakan bahwa tidak ada tim khusus, namun adanya *Person In Charge (PIC)* yaitu 1 orang anggota KMKP yang mengurus mengenai pelaporan insiden keselamatan pasien.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan triangulasi, Kepala Bagian Pengembangan SDI mengatakan bahwa tim khusus dalam pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien adalah KMKP dan hal tersebut juga dibenarkan oleh Kepala Bagian Litbang. Untuk kemampuan petugas dalam melakukan pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien, dari 10 informan utama, 4 orang mengatakan bahwa para petugas sudah memiliki kemampuan yang baik dalam melapor, namun tidak dalam pencatatan karena yang melakukan pencatatan adalah Kepala Ruang, Kepala Shift atau Penanggung Jawab Ruang. 2 orang lainnya mengatakan bahwa belum semua petugas memiliki pengetahuan yang sama mengenai jenis insiden, jadi tidak semua dilaporkan. 1 orang informan mengatakan kemampuan petugas bagus namun dengan ragu-ragu. 1 informan lainnya tidak tahu karena belum pernah menemukan insiden. 2 informan lainnya mengatakan bahwa petugas rumah sakit masih belum memiliki kesadaran dalam melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien.

Kepala Bagian Pengembangan SDI dan Kepala Bagian Litbang mengatakan bahwa kemampuan petugas belum baik karena pengetahuan mengenai insiden beberapa petugas rumah sakit masih kurang dan dalam melakukan pengisian formulir juga belum lengkap. Beberapa petugas juga belum melakukan pengisian formulir dengan mandiri.

Untuk pertanyaan mengenai sistem *reward* dan *punishment* apakah sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan, dari 10 informan utama, 5 orang mengatakan *reward* dalam pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien dahulu pernah diterapkan, *reward* diberikan sesuai kebijakan yaitu 25.000 setiap melakukan pelaporan, namun sekarang tidak terlihat penerapannya. 2 orang informan mengatakan pernah mendengar mengenai *reward* yang ada namun belum ada penerapannya. 3 orang informan lainnya tidak tau mengenai sistem *reward* tersebut, hal ini terjadi karena sistem *reward* kurang didemonstrasikan. Sedangkan untuk system *punishment*, 1 orang informan mengatakan *punishment* diterapkan namun sesuai dengan kesalahan yang dilakukan. 8 orang informan mengatakan *punishment* tidak diterapkan karena untuk melapor saja petugas takut apalagi jika ada *punishment*, namun 3 diantaranya menjawab dengan ragu-ragu. 1 orang informan lain mengatakan bahwa tidak tau mengenai system *punishment*. Kepala Bagian Pengembangan SDI mengatakan bahwa *reward* sudah diterapkan dan *punishment* tidak diberlakukan. Pernyataan tersebut sejalan dengan pernyataan Kepala Bagian Litbang yaitu *reward* diadakan untuk meningkatkan partisipasi petugas dalam melakukan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien. Pada tahun 2014 dimana pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden kembali dioptimalkan dan penerapan *reward* dikenalkan kepada petugas rumah sakit, angka pelaporan meningkat. Namun, saat ini sudah belum ada *refreshment* mengenai hal tersebut.

Untuk pertanyaan apakah petugas rumah sakit telah melakukan pengisian formulir insiden keselamatan pasien dengan tepat waktu 2x24 jam, dari 10 informan utama, 8 informan mengatakan bahwa petugas langsung melaporkan insiden di 1x24 jam namun untuk pengisian formulir sendiri tergantung dengan Kepala Ruang yang mengisi, ada yang melakukan di akhir bulan. 2 informan lainnya mengatakan belum semua melakukan pengisian formulir insiden keselamatan pasien tepat waktu yaitu 2x24 jam dengan kendala yang sama yaitu banyak pekerjaan sehingga KMKP terkadang menagih via telfon atau turun langsung ke unit atau ruang tersebut untuk menagih formulir insiden keselamatan pasien. Seharusnya setiap ada insiden formulir insiden keselamatan pasien dikumpulkan langsung kepada KMKP tidak menunggu 1 bulan. Sedangkan Kepala Bagian Pengembangan SDI dan Kepala Bagian Litbang

tidak begitu mengetahui mengenai bagaimana ketepatan waktu pengisian formulir.

Untuk pertanyaan mengenai penerapan *no blaming culture* dalam pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien, dari 10 informan utama, 4 informan mengatakan sudah diterapkan *no blaming culture* dalam pelaporan IKP karena sudah tidak ada rasa takut disalahkan karena tidak ada peneguran terutama diruangnya. 4 informan lain mengatakan belum diterapkan *no blaming culture* dalam pelaporan IKP Karena masih banyak ketakutan untuk melapor karena takut disalahkan dan disidang. 2 informan lainnya mengatakan *no blaming culture* sudah diterapkan, sudah sering disampaikan namun pembuktian belum ada karena di lapangan masih banyak ditemukan *blaming* yang dilakukan atasan ruang atau manajer. Menurut Kepala Bagian Pengembangan SDI sebagai informan triangulasi, *blaming culture* sudah tidak diterapkan dan sudah jarang terjadi.

Untuk pertanyaan mengenai laporan yang dikumpulkan kepada Komite Mutu dan Keselamatan Pasien apakah sudah lengkap dengan rencana tindak lanjut, dari 10 informan utama, 5 orang informan mengatakan bahwa laporan yang dikumpulkan kepada Komite Mutu dan Keselamatan Pasien sudah lengkap dengan rencana tindak lanjut, namun 4 orang diantaranya menjawab dengan ragu-ragu. 2 orang informan lain mengatakan tidak tau, karena bukan mereka yang mengisi. Dan 1 informan lainnya mengatakan terkadang mengisi dengan lengkap, alasan tidak mengisi dengan lengkap adalah sibuknya pekerjaan. 2 orang informan lainnya mengatakan bahwa rata-rata formulir insiden keselamatan pasien yang dikumpulkan belum lengkap dengan rencana tindak lanjut. Seharusnya seluruh petugas yang melihat atau terlibat dalam insiden langsung mengisi formulir insiden keselamatan pasien, namun kenyataan di lapangan berbeda. Petugas merasa malas mengisi formulir karena banyak pekerjaan. Untuk *grading* biru dan hijau seharusnya KMKP menerima hasil investigasi sederhana dan *grading* merah dan kuning dilengkapi dengan *Root Cause Analysis(RCA)*. Kepala Bagian Pengembangan Insani tidak tau mengenai kelengkapan dari laporan yang dikumpulkan setiap unit dan Kepala Bagian Litbang mengatakan selama ini ada unit yang melaporkan insiden dengan lengkap dan ada yang tidak. Pernyataan tersebut didukung dengan hasil observasi berdasarkan dokumen pendukung mengenai pelaporan insiden keselamatan pasien kepada Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.

Berdasarkan wawancara mengenai sosialisasi hasil rekomendasi insiden, untuk pertanyaan apakah rekomendasi dari insiden yang terjadi disosialisasikan kepada unit terkait, dari 10 informan utama, 3 orang informan mengatakan rekomendasi dari insiden dilakukan oleh Kepala Ruang tidak dengan KMKP. 6 orang informan lainnya mengatakan sosialisasi mengenai rekomendasi insiden dan aumpan balik dari pelaporan yang dilakukan dan pelaporan insiden ini diumumkan lewat Itblog RSISA untuk bahan pembelajaran. 1 informan lainnya mengatakan bahwa insiden langsung ditangani saat itu tidak menunggu rekomendasi dari KMKP.

Kepala Bagian Pengembangan SDI mengatakan bahwa ada sosialisasi lewat Itblog, Kepala Bagian Litbang setuju.

5. PEMBAHASAN

a. Analisis Komponen Perencanaan pencatatan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Pelaporan insiden keselamatan pasien di RSISA telah dijabarkan dalam sub bab buku Kebijakan Mutu dan Keselamatan Pasien RSISA, telah ada pula SPO pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien dan telah dilengkapi dengan alur pelaporan insiden keselamatan pasien. SPO tersebut telah dibagikan keseluruh unit atau ruang di RSISA oleh KMKP dengan harapan dapat dijadikan acuan petugas dalam melaksanakan pelaporan insiden keselamatan pasien, namun faktanya SPO hanya disimpan didalam map disetiap unit atau ruang dan tidak semua petugas mengetahui isinya. Untuk memudahkan petugas rumah sakit dalam melakukan pengisian formulir insiden keselamatan pasien yang merupakan instrumen pelaporan. Pada sub bab pelaporan insiden keselamatan pasien didalam Kebijakan Mutu dan Keselamatan Pasien tidak dijelaskan mengenai *reward* dan *punishment* dalam pelaksanaannya. *Reward* pelaporan insiden keselamatan pasien ini sendiri dijabarkan dalam SK Insentif Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien yang diterbitkan pada tahun 2012 dan belum ada revisi hingga saat ini.

Penelitian Arfan yang berjudul Gambaran Determinan Insiden Keselamatan Pasien pada Petugas Kesehatan di Rumah Sakit Hasanudin menjelaskan SOP berpengaruh terhadap pelaporan insiden keselamatan pasien. Adanya SPO Tersebut dapat menjadi acuan petugas rumah sakit dalam mengisi formulir insiden keselamatan pasien dengan tepat. Untuk memulai system pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien ini, kebijakan,

alurpelaporan, formulir pelaporan dan prosedur perlu diresosialisasikan pada seluruh petugas rumahsakit. Resosialisasi mengenai kebijakan pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien diRSISA pernah dilakukan dengan menyebar *leaflet* dan pertemuan dengan seluruh penanggung jawab unit atau ruangan. Sosialisasi kebijakan tersebut perlu diadakan secara berkelanjutan kepada seluruh petugas di RSISA agar petugas dapat mengetahui, memahami dan menerapkan system tersebut dengan baik dan benar.

b. Ketersediaan Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana penunjang pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien dalam penelitian ini adalah instrumen pelaporan insiden, kesediaan dan kejelasan isi formulir, pelatihan dan pembinaan dalam rangka meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Instrumen pelaporan insiden keselamatan pasien berupa formulir dan dapat juga dilaporkan via whatsapp group KMKP untuk memudahkan petugas rumah sakit dalam melaporkan jika belum sempat mengumpulkan formulir insiden. Saat ini,pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien juga telah dilengkapi dengan sistem teknologi informasi berupa ITBlog yang diharapkan dapat memudahkan petugas rumah sakit dalam melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien.

Kesediaan formulir insiden sebagai instrumen dalam pencatatan pelaporan insiden sudah dirasa cukup oleh para petugas, setiap unit telah diberikan lembar formulir dan softcopy oleh KMKP sehingga memudahkan petugas unit atau ruang. Sedangkan untuk isi dari formulir sendiri masih terdapat keluhan atas banyaknya formulir yang harus diisi, isi formulir yang tidak sistematis dan sederhana. KMKP tidak dapat mengatasi keluhan dari para petugas karena formulir yang ada telah disesuaikan dengan formulir pelaporan insiden keselamatan pasien yang disusun oleh KKPRS. Namun para petugas tidak mengetahui bahwa formulir tersebut sudah standar sesuai dengan yang dibuat dari KKPRS. Kendala yang ditemukan dalam sarana prasarana penunjang pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien lainnya di RSISA adalah pelatihan dan pembinaan. Pelatihan adalah proses memberikan bantuan para pekerja untuk menguasai ketrampilan khusus, membantu memperbaiki kekurangannya dalam

melaksanakan pekerjaan. Pelatihan mengenai pelaporan insiden keselamatan di RSISA hanya dilakukan saat orientasi karyawan baru. Petugas rumah sakit diwajibkan melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien namun belum semua petugas mendapatkan pelatihan sehingga menyebabkan belum optimal pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien oleh seluruh petugas rumah sakit.

c. Ketersediaan Dana (Budgeting)

RSISA telah mengalokasikan dana untuk mendukung pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien. Setiap tahun anggaran dana disusun oleh KMKP dan dijabarkan dalam Rencana Kerja dan Anggaran (RKA). Setelah itu RKA diusulkan kepada direksi yang kemudian disposisi dari direksi untuk diturunkan melalui bagian keuangan di RSISA. Jumlah dana yang turun sesuai dengan jumlah yang disetujui oleh direksi. Penganggaran dana dalam pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien digunakan untuk reward bagi pelapor insiden keselamatan pasien, pertemuan pembahasan RCA tiap unit dan pelatihan keselamatan pasien eksternal untuk anggota KMKP. Menurut keterangan informan, dana tersebut langsung berasal dari rumah sakit dan sudah dirasa sudah cukup. Selain itu, dana turun tepat waktu sebelum kegiatan dilakukan.

d. Analisis Komponen Pelaksanaan Pencatatan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Pengorganisasian (Directing) , Pengaturan Staf (*Staffing*) dalam pengorganisasian pada penelitian ini meliputi struktur organisasi, *job description* serta koordinasi oleh Komite Mutu dan Keselamatan Pasien kepada unit-unit di RSISA. Tidak ada struktur organisasi dalam pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien karena dalam pelaksanaannya KMKP hanya menunjuk seorang PIC. Kendala yang ditemukan dalam pengorganisasian pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien adalah tidak dicantumkannya kewajiban petugas rumah sakit dalam melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien *dijobdescription* petugas kecuali QSLC. *Job description* adalah pernyataan tertulis dimana petugas diharapkan dapat melakukannya. Hal ini penting untuk memudahkan dalam penentuan pelatihan serta seberapa baik kinerja

seorang pekerja. Kewajiban untuk melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien berlaku untuk seluruh petugas maka perlu dijabarkan dalam *job description* seluruh petugas sehingga dapat menjadi tanggung jawab seluruh petugas. Terdapat koordinasi antara KMKP dengan seluruh unit atau ruang di RSISA untuk mendukung pelaksanaan pencatatan pelaporan IKP agar berjalan dengan baik, namun pada realisasinya masih belum terlaksana dengan semestinya. Untuk memudahkan koordinasi KMKP dengan unit atau ruang, upaya yang dilakukan adalah dengan menunjuk seorang *champion* dari setiap unit atau ruang. *Champion* merupakan petugas unit atau ruang yang ditunjuk KMKP sebagai penggerak atau pelopor penegakan keselamatan pasien di masing-masing unit atau Koordinasi dan komunikasi efektif antara KMKP, QLSC dan seluruh unit atau ruang perlu ditingkatkan sehingga dapat memudahkan pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien dan dapat berjalan dengan optimal. Terdapat koordinasi antara KMKP dengan seluruh unit atau ruang di RSISA untuk mendukung pelaksanaan pencatatan pelaporan IKP agar berjalan dengan baik, namun pada realisasinya masih belum terlaksana dengan semestinya. Untuk memudahkan koordinasi KMKP dengan unit atau ruang, upaya yang dilakukan adalah dengan menunjuk seorang *champion* dari setiap unit atau ruang. *Champion* merupakan petugas unit atau ruang yang ditunjuk KMKP sebagai penggerak atau pelopor penegakan keselamatan pasien di masing-masing unit. Pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien dirasa masih belum optimal karena beberapa petugas hanya melaporkan insiden namun tidak mengisi formulir insiden keselamatan pasien, Kepala Ruang atau Kepala Shift yang melakukan pengisian formulir. Beberapa petugas yang melakukan pengisian formulir juga masih ditemukan kurang lengkap dalam pengisian formulir terutama dalam tindak lanjut. Selain itu, tidak semua insiden atau kejadian dilaporkan oleh petugas, hanya kejadian cukup serius atau berat seperti pasien jatuh atau tertusuk jarum suntik yang dilaporkan, sementara kejadian yang bersifat nyaris atau ringan jarang sekali dilaporkan. Hal tersebut sejalan dengan penelitian Sri Oktri Handayani menyatakan bahwa KTD yang bersifat serius atau berat yang cenderung dilaporkan, tetapi KNC hampir tidak pernah dilaporkan.⁶ Insiden KNC yang tidak dilaporkan dapat disebabkan karena petugas tidak menyadari bahwa insiden telah

terjadi. Menurut Sangheer, factor penghalang laporan IKP adalah kemampuan petugas yang kurang dalam mengidentifikasi insiden keselamatan pasien. Oleh karenanya peran aktif dari QLSC setiap unit dan ruang perlu ditingkatkan agar dapat membimbing para petugas sehingga dapat meningkatkan kemampuan petugas dalam pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien. QLSC juga harus tegas dalam menerapkan kebijakan dan SOP yang ada sesuai pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien dengan memberi kepercayaan petugas dalam pencatatan pelaporan insiden pada unit masing-masing.⁸ Dengan cara tersebut diharapkan dapat meningkatkan kemampuan petugas dalam pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien. Upaya yang dapat dilakukan untuk membudayakan pelaporan IKP adalah peningkatan pengetahuan dan pemahaman mengenai insiden keselamatan pasien, manfaat pelaporan insiden keselamatan pasien bagi mutu pelayanan rumah sakit, konsep *patient safety*, jenis insiden, cara pengisian formulir insiden, dan alur pelaporan. Koordinasi QSLC dengan petugas di setiap ruangan dinilai sudah cukup baik. Koordinasi dan komunikasi efektif antara KMKP, QLSC dan seluruh unit atau ruang perlu ditingkatkan sehingga dapat memudahkan pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien dan dapat berjalan dengan optimal. RSISA memiliki alur pelaporan yang disesuaikan dengan alur pelaporan dari KKPRS dalam menjalankan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien. Berdasarkan gambar diatas, langkah pertama dalam pelaporan insiden keselamatan pasien adalah seluruh petugas rumah sakit melaporkan insiden (KTD, KNC, KTC, KPC, dan Sentinel) yang ditemui dengan mengisi formulir insiden keselamatan pasien dan segera tangani insiden tersebut. Formulir yang digunakan di RSISA telah sesuai dengan formulir yang diatur di Permenkes Nomor 1691/MENKES/PER/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Kendala yang ditemukan pada langkah ini adalah tidak semua insiden di rumah sakit dilaporkan oleh petugas. Karena petugas enggan repot. Selain itu, dalam pengisian formulir insiden keselamatan pasien, hampir seluruh petugas yang peneliti wawancarai tidak mengisi formulir secara mandiri, petugas hanya melaporkan insiden yang terjadi kemudian formulir diisi oleh atasan seperti Kepala Ruang. Hal tersebut terjadi karena arahan dari atasan

langsung. Kebijakan yang ditetapkan oleh Kepala Ruang tersebut menyebabkan ketidak tahuan petugas rumah sakit mengenai isi formulir dan cara pengisian formulir yang menyebabkan ketergantungan petugas kepada Kepala Ruang dan Kepala Shift, ditakutkan jika menemukan insiden tetapi tidak ada pihak-pihak tersebut maka insiden tidak dilaporkan. Perlunya disesuaikan antara kebijakan yang ditetapkan direksi dan KMKP dengan kenyataan dilapangan, sehingga dalam keberjalannya dapat lebih optimal. Kepala Ruang seharusnya melakukan bimbingan atau pembinaan kepada petugas diunit atau ruangnya agar dapat melakukan pelaporan dengan mandiri. Di farmasi sendiri, insiden yang terjadi dicatat di dalam sebuah map daftar insiden unit farmasi, setiap insiden yang terjadi petugas tidak langsung mengisi formulir insiden tapi mengisi di map insiden dimana yang dianggap petugas lebih ringkas dan mudah dari pada formulir insiden dari KMKP. Setelah itu, insiden dituangkan dalam formulir insiden diakhir bulan setelah dipilih beberapa insiden dalam map yang dianggap penting untuk dilaporkan oleh Kepala dan PenanggungJawab Farmasi. Hal ini tidak sesuai dengan langkah seharusnya dimana setiap insiden terjadi dilaporkan dengan formulir insiden keselamatan pasien. Kendala lainnya adalah, laporan disembunyikan atau *underreport* karena takut akan ditegur atau disalahkan. Petugas takut melakukan pelaporan karena berpendapat bahwa pelaporan akan berpengaruh pada posisinya dirumah sakit atau penurunan jabatan. Dalam penelitian Gunawan yang berjudul Analisis Rendahnya Laporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit, ketakutan petugas untuk melaporkan insiden yang terjadi merupakan akar masalah utama dari rendahnya pelaporan insiden rumah sakit yang disebabkan karena kurangnya pehaman petugas untuk melaporkan insiden Sistem pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien yang baik adalah pelapor tidak mengalami *blaming*, *shamming* dan *naming* oleh atasan maupun teman-temannya. *No Blaming Culture* telah disosialisasikan oleh KMKP

Dari penelitian Heru Iskandar yang berjudul Faktor Penyebab Penurunan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien, *blaming* dapat diatasi dengan mempertegas bahwa tidak adanya *blaming* dan dengan mengeluarkan SK mengenai *no blaming* dalam pelaporan insiden keselamatan pasien.³⁷ Sikap atasan yang baik dan tidak menyalahkan menjadi suatu penjamin bahwa petugas akan melaporkan insiden atau kejadian dan tidak khawatir akan dampak yang diterima sebagai konsekuensi dari kesalahan yang dilakukan. Perlu menciptakan budaya pelaporan yang menjadi upaya peningkatan mutu bukan untuk mencari kesalahan individu. KMKPsertadireksi haruslebihtegasdalam penerapan *no blaming culture*, dimana informan mengatakan bahwa hal tersebut merupakan salah satu kendala terbesar dalam pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden. Langkah kedua adalah melaporkan formulir insiden tersebut kepada atasan 2x24jam. Insiden telah dilaporkan oleh petugas kepada atasannya kurang dari 2x24 jam, namun hanya melaporkan insiden yang terjadi dan tidak menyertai formulir karena formulir diisi oleh atasan setelah petugas melaporkan insiden. Hal ini tidak sesuai dengan pedoman pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien, dimana formulir insiden diisi oleh seluruh petugas yang melihat dan terlibat dalam insiden. Selain itu, petugas merasa proses pelaporan insiden keselamatan pasien sangat panjang dan menyita waktu. Proses tersebut merupakan pengisian formulir yang harus dilaporkan 2x24 jam, lengkap dengan investigasi sederhana dan pelaksanaan tindak lanjut yang perlu dilakukan dengan rapat diunit terkait dan perlunya menyiapkan lampiran- lampiran yang dibutuhkan di formulir tersebut. Masih terdapat petugas yang belum melaporkan insiden tepat waktu yaitu 2x24 jam, padahal KMKP telah memberikan kemudahan petugas dengan mengirimkan gambar formulir melalui *whatsappgroup* atau dengan pengisian di IT Blog, namun rata-rata mengumpulkan di akhir bulan bersama dengan laporan insiden bulanan unit atau ruang. Peran QSLC sangat dibutuhkan untuk

menertibkan petugas diunit atau ruangnya agar dapat tepat waktu dalam melakukan pelaporan formulir 2x24 jam dengan berbagai kemudahan yang telah diberikan. Langkah ketiga adalah atasan petugas menganalisis laporan insiden kemudian dilakukan *grading*, untuk insiden dengan *grade* biru perlu dilakukan investigasi sederhana oleh atasan langsung maksimal 1 minggu, untuk *grade* hijau perlu dilakukan investigasi sederhana oleh atasan langsung maksimal 2 minggu dan *grade* kuning serta *grade* hijau dengan analisis RCA oleh KMKP maksimal 45 hari. Untuk insiden dengan investigasi sederhana, perlu disertai dengan tindak lanjut atau rekomendasi untuk perbaikan dan pembelajaran dari insiden yang terjadi. Namun, hal ini masih menjadi kendala di RSISA karena belum semua unit atau petugas yang membuat investigasi sederhana dan tindak lanjut sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Banyak keluhan dari petugas yang diterima oleh KMKP mengenai banyaknya lembar formulir yang perlu diisi oleh petugas, namun dari formulir insiden diisi oleh seluruh petugas yang melihat dan terlibat dalam insiden.

6. KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan uraian hasil penelitian serta pembahasan diatas, dapat diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

- a. Kebijakan dan SPO pada pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien di RSISA belum semua terosialisasi kembali terkait terus bertambahnya pegawai. Sehingga belum adanya pemerataan informasi kepada seluruh petugas rumah sakit.
- b. Perencanaan dalam pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien di RSISA yang belum optimal sehingga masih terdapat beberapa kegiatan yang tidak terencana sehingga tidak dilaksanakan seperti sosialisasi mengenai Kebijakan dan SPO kepada seluruh petugas, pelatihan dan pembinaan.
- c. Pengaturan staf belum optimal terutama dalam koordinasi Tim KMKP dengan seluruh unit di rumah sakit serta belum adanya penjabaran mengenai kewajiban melakukan pencatatan pelaporan insiden

keselamatan pasien oleh seluruh petugas rumah sakit dan tidak hanya QSLC atau kepala ruangan.

- d. Koordinasi KMKP kepada seluruh unit lemah karena belum adanya pertemuan rutin kepada unit masih terbatas lewat Itblog atau grup whatsapp.
- e. Dana kegiatan telah tersedia dan tercukupinya sebagai penunjang pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien di RSISA.
- f. Pengelolaan sumber daya yang belum optimal karena belum diadakannya pelatihan, sosialisasi dan pembinaan penunjang untuk petugas rumahsakit. Pelatihan dan sosialisasi dapat memengaruhi kemampuan dan pemahaman petugas, sedangkan pembinaan dapat meningkatkan motivasi serta kesediaan petugas dalam melakukan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien diRSISA.
- g. Sumber daya manusia dalam pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien adalah seluruh petugas rumah sakit, hanya terdapat seorang PIC dari KMKP. Petugas rumah sakit memiliki komitmen dan kesediaan rendah dan menurun terhadap pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien.
- h. Sarana dan prasarana dalam pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien dalam penelitian ini adalah instrumen pencatatan pelaporan IKP dan pelatihan serta pembinaan. Instrumen pencatatan pelaporan IKP sudah tersedia dan cukup membantu petugas yaitu formulir insiden, pelaporan melalui *whatsapp* dan ITBlog.

Berdasarkan analisa dapat disusun saran-saran antara lain :

- a. Perlu dilakukan refreshment sistem berupa sosialisasi rutin mengenai kebijakan dan SOP, insiden keselamatan pasien, prosedur, reward, punishment, no blaming pelaporan dalam pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien kepada seluruh petugas rumahsakit.
- b. Pelatihan rutin untuk seluruh petugas rumah sakit dalam pengisian formulir insiden, investigasi sederhana serta RCA sehingga semua petugas

mampu melakukan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien secara mandiri tidak bergantung kepada Kepala Ruang.

- c. Tim Komite Mutu dan Keselamatan Pasien diharapkan lebih berperan aktif dalam membantu, membimbing serta mengarahkan petugas dalam melaksanakan pelaporan insiden keselamatan pasien.
- d. Melakukan perencanaan mengenai pelatihan serta pembinaan rutin kepada unit-unit oleh KMKP.
- e. Meningkatkan budaya no blaming dengan penegasan no blaming culture kepada seluruh QLSC sebagai atasan sehingga tidak ditemukan blaming lagi di lapangan, menciptakan hubungan dan komunikasi yang baik antara atasan dan petugas sehingga setiap insiden terjadi petugas tidak disalahkan dan dimarahi namun diberi arahan serta terciptanya rasa aman bagi petugas untuk melaporkan insiden, sehingga dapat mengubah blaming culture menjadi safety culture.
- f. Pengadaan sosialisasi mengenai hasil rekomendasi insiden di RSISA sehingga insiden tidak terulang lagi dan tidak terjadi di unit atau ruang lain lewat suatu forum diskusi ataupun forum kajian.
- g. Mengoptimalkan kembali visitasi unit dan ruang oleh KMKP dan Direksi agar dapat mengetahui kendala petugas di lapangan dalam pelaksanaan pencatatan pelaporan insiden keselamatan pasien agar monitoring dan evaluasi dapat berjalan optimal serta dapat meningkatkan motivasi petugas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Cahyono J.S. *Membangun Budaya Keselamatan Pasien Dalam Praktik Kedokteran*. Jakarta: Kanisius; 2008.
https://books.google.co.id/books?id=3iuR1yK48IQC&pg=PP9&dq=membangun+budaya+keselamatan+pasien+dalam+praktek+kedokteran&hl=en&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=membangun+budaya+keselamatan+pasien+dalampraktekkedokteran&f=false.
2. Wijaya AS, Dewi A, Dwita DM. *Analisis Budaya Keselamatan Pasien Di RSUD PKU Muhammadiyah, Bantul*. 2015.
3. Keles AW, Kandou G., Tilaar C. *Analisis Pelaksanaan Standar Sasaran Keselamatan Pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano Sesuai dengan Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012*. 2015.
4. Departemen Kesehatan. *Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*. Jakarta; 2008.
5. Tjiptono F. *Strategi Pemasaran*. Edisi 11. Yogyakarta; 2003.
6. Hastuti SO. *Analisis Faktor Penyebab Rendahnya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit*. 2013.
7. L. TK, J. M Corrigan. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Natl Acad Press. 2000.
8. Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS). *Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (Patient Safety Incident Report)*. Bakti Husada; 2015.
9. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Panduan Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety)*. Edisi 2. Jakarta; 2008.
10. Departemen Kesehatan. *Undang-Undang RI No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*.; 2009.

