

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Rumah Sakit**

##### **2.1.1 Pengertian Rumah Sakit**

Menurut Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna melalui pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (Pemerintah RI, 2023).

##### **2.1.2 Kewajiban Rumah Sakit**

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, kewajiban rumah sakit adalah sebagai berikut (Pemerintah RI, 2023):

1. Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat.
2. Memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminatif, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
3. Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya.
4. Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana sesuai dengan kemampuan pelayanannya
5. Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan bagi Pasien tidak mampu atau miskin, pelayanan Gawat Darurat tanpa uang

muka, ambulans gratis, pelayanan bagi korban bencana dan KLB, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan

6. Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien
7. Menyelenggarakan rekam medis
8. Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak, antara lain sarana ibadah, tempat parkir, ruang tunggu, sarana untuk penyandang disabilitas, wanita menyusui, anak-anak, dan lanjut usia
9. Melaksanakan sistem rujukan
10. Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta ketentuan peraturan perundang-undangan
11. Memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien
12. Menghormati dan melindungi hak-hak pasien
13. Melaksanakan etika rumah sakit
14. Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana
15. Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan, baik secara regional maupun nasional
16. Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya
17. Menyusun dan melaksanakan peraturan internal rumah sakit
18. Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas

19. Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok

### 2.1.3 Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, rumah sakit memiliki fungsi sebagai berikut :

- a. Pelayanan kesehatan perseorangan dalam bentuk spesialisik dan atau subspesialistik
- b. Penyelenggaraan pendidikan, penelitian, dan pelayanan kesehatan secara terpadu dalam bidang pendidikan tenaga medis dan tenaga kesehatan serta pendidikan berkelanjutan secara multiprofesi
- c. Penyelenggaraan penelitian dengan membentuk pusat penelitian guna pengembangan layanan kesehatan

## 2.2 Keselamatan Pasien

### 2.2.1 Pengertian Keselamatan Pasien

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien menjelaskan bahwa Keselamatan pasien merupakan prioritas utama untuk dilaksanakan terkait dengan isu mutu dan citra perumahsakit. Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman (Salawati, 2020). Sistem tersebut merupakan *asesmen* risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko. Dengan adanya sistem tersebut dapat mencegah terjadinya cedera dalam melaksanakan tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan (Ndahawali, 2023).

Keselamatan pasien adalah suatu sistem asuhan pasien lebih aman dalam upaya mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil. Solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko yang berpotensi akan terjadi (Kurniadi, M. Noer and Suangga, 2023).

Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) yaitu Pasien bebas dari harm/cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari harm yang potensial terjadi (penyakit, cedera fisik/sosial/psikologis, cacat, kematian dll). Pelayanan kesehatan yang dimaksud dengan keselamatan pasien (*patient safety*) adalah proses dalam suatu Rumah Sakit yang memberikan pelayanan pasien yang lebih aman. Komite mutu adalah unsur organisasi non struktural yang membantu kepala atau direktur Rumah Sakit dalam mengelola dan memandu program peningkatan mutu dan keselamatan pasien, serta mempertahankan standar pelayanan Rumah Sakit (Sutejo, Prasetyo and Agusbyana, 2021).

#### 2.2.2 Tujuan Keselamatan Pasien

Tujuan sistem keselamatan pasien menurut (Nugraheni, Yuliani and Veliana, 2021) adalah sebagai berikut :

1. Menciptakan budaya keselamatan pasien di rumah sakit
2. Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat
3. Menurunkan kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit, d) Melakukan pencegahan sehingga tidak akan terjadi kejadian yang tidak diharapkan.

### 2.2.3 Standar Keselamatan Pasien

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien menyatakan bahwa standar keselamatan pasien merupakan Upaya fasilitas pelayanan Kesehatan di bidang keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan. Standar keselamatan pasien terdiri dari tujuh yaitu :

1. Hak pasien dan keluarga mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden.
2. Mendidik pasien dan keluarga yang harus mendidik tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien .
3. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan yang menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.
4. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien dalam pelayanan harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.
5. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien.
  - a. Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien“

- b. Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden
  - c. Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan 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 fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien
  - e. Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.
6. Mendidik staf tentang keselamatan pasien
- 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 merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien
- a. Merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.
  - b. Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat.

#### 2.2.4 Sasaran Keselamatan Pasien

Fasilitas pelayanan kesehatan selain diwajibkan untuk melaksanakan standar keselamatan pasien, juga melakukan perbaikan tertentu dalam keselamatan pasien. Penyusunan sasaran keselamatan pasien mengacu pada *Nine Life saving Patient Safety Solution* dari WHO tahun 2007 dan *International Patient Safety Goals* (IPSGs) dari *Joint Commission International* (JCI). Tujuan SKP adalah untuk menggiatkan perbaikan-perbaikan tertentu dalam soal keselamatan pasien. Sasaran sasaran dalam SKP menyoroti bidang-bidang yang bermasalah dalam perawatan kesehatan, memberikan bukti dan solusi hasil konsensus yang berdasarkan nasihat para pakar. Dengan mempertimbangkan bahwa untuk menyediakan perawatan kesehatan yang aman dan berkualitas tinggi diperlukan desain sistem yang baik, sasaran biasanya sedapat mungkin berfokus pada solusi yang berlaku untuk keseluruhan sistem. Di Indonesia secara nasional untuk seluruh fasilitas pelayanan kesehatan diberlakukan Sasaran Keselamatan Pasien Nasional (SKPN) (Kementerian Kesehatan RI, 2017), yang terdiri dari :

1. SKP 1 : Mengidentifikasi pasien dengan benar

Dijelaskan pada Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, bahwa elemen penilaian SKP 1 sebagai berikut :

- a. Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- b. Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.

- c. Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan / prosedur.
- d. Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.

2. SKP 2 : Meningkatkan komunikasi yang efektif

Dijelaskan pada Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, bahwa elemen penilaian SKP 2 sebagai berikut :

- a. Perintah lisan dan yang melalui telepon ataupun hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- b. Perintah lisan dan melalui telepon atau hasil pemeriksaan secara lengkap dibacakan kembali oleh penerima perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- c. Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh individu yang memberi perintah atau hasil pemeriksaan tersebut.
- d. Kebijakan dan prosedur mendukung praktek yang konsisten dalam melakukan verifikasi terhadap akurasi dari komunikasi lisan melalui telepon.

3. SKP 3 : Meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai

Dijelaskan pada Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, bahwa elemen penilaian SKP 3 sebagai berikut :

- a. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, lokasi, pemberian label, dan penyimpanan obat-obat yang perlu diwaspadai.
- b. Kebijakan dan prosedur diimplementasikan
- c. Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika



dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang tidak sengaja di area tersebut, bila diperkenankan kebijakan.

- d. Elektrolit konsentrat yang disimpan di unit pelayanan pasien harus diberi label yang jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat (restricted).
- 4. SKP 4 : Memastikan lokasi pembedahan yang benar, prosedur yang benar, pembedahan pada pasien yang benar.

Dijelaskan pada PMK No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, bahwa elemen penilaian SKP 4 adalah sebagai berikut :

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk memverifikasi saat pre operasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.
- b. Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/time-out” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
- c. Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung keseragaman proses untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan tindakan pengobatan gigi/dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.
- 5. SKP 5 : Mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan

Dijelaskan pada PMK No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, bahwa elemen penilaian SKP 5 adalah sebagai berikut :

- a. Fasilitas pelayanan Kesehatan mengadopsi atau mengadaptasi pedoman hand

hygiene terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum (al.dari WHO *Patient Safety*).

- b. Fasilitas pelayanan Kesehatan menerapkan program hand hygiene yang efektif.
  - c. Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan
6. SKP 6 : Mengurangi risiko cedera pasien akibat terjatuh

Dijelaskan pada PMK No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, bahwa elemen penilaian SKP 6 adalah sebagai berikut :

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan menerapkan proses asesmen awal risiko pasien jatuh dan melakukan asesmen ulang terhadap pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
- b. Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko

#### 2.2.5 Tujuh Langkah Keselamatan Pasien

Dijelaskan pada PMK No 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, bahwa Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien adalah sebagai berikut :

- 1. Membangun Kesadaran akan Nilai Keselamatan Pasien dengan menciptakan budaya adil dan terbuka.
- 2. Memimpin dan Mendukung Staf dalam menegaskan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di seluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan.
- 3. Mengintegrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko dalam membangun sistem dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan.

4. Mengembangkan Sistem Pelaporan dalam melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional).
5. Melibatkan dan Berkomunikasi dengan Pasien dalam mengembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien.
6. Belajar dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien dengan mendorong staf untuk menggunakan analisa akar masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden.
7. Mencegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien dengan pembelajaran lewat perubahan-perubahan di dalam praktek, proses atau sistem. Untuk sistem yang sangat kompleks seperti Fasilitas pelayanan Kesehatan untuk mencapai hal-hal diatas dibutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama.

#### 2.2.6 Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (TKPRS)

Berdasarkan Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit, dijelaskan bahwa tim keselamatan pasien rumah sakit ditetapkan oleh rumah sakit sebagai pelaksana kegiatan keselamatan pasien, KKPRS bertanggung jawab kepada rumah sakit (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS), 2015). Dijelaskan juga bahwa tugas dari Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKPRS) adalah sebagai berikut:

1. Mengembangkan program keselamatan pasien di rumah sakit sesuai dengan kekhususan rumah sakit tersebut
2. Menyusun kebijakan dan prosedur terkait dengan program keselamatan pasien di rumah sakit

3. Menjalankan peran untuk melakukan motivasi, edukasi, konsultasi, pemantauan (monitoring), dan penilaian (evaluation) tentang terapan (implementation) program keselamatan pasien di rumah sakit.
4. Bekerja sama dengan bagian pendidikan dan pelatihan rumah sakit untuk melakukan pelatihan internal keselamatan pasien rumah sakit
5. Melakukan pencatatan, pelaporan insiden, analisis insiden, serta mengembangkan solusi
6. Memberikan masukan dan pertimbangan kepada kepala rumah sakit dalam rangka pengambilan kebijakan keselamatan pasien rumah sakit
7. Membuat laporan kegiatan kepada kepala rumah sakit

## **2.3 Insiden Keselamatan Pasien**

### **2.3.1 Pengertian Insiden Keselamatan Pasien**

Insiden keselamatan pasien/*patient safety incident* adalah suatu kejadian atau situasi yang dapat atau kemungkinan dapat menimbulkan harm (penyakit, cedera, cacat dan kematian) yang seharusnya tidak terjadi (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit, 2011). Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, dikatakan Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien.

### **2.3.2 Jenis Insiden Keselamatan Pasien**

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, dijelaskan bahwa Jenis insiden dapat dibagi sebagai berikut :

#### 1. Kejadian tidak diharapkan (KTD) / *Adverse Event*

Suatu kejadian yang tidak diharapkan yang mengakibatkan cedera pada pasien akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil dan bukan karena penyakit dasarnya atau kondisi pasien.

#### 2. Kejadian nyaris cedera (KNC) / *Near Miss*

Suatu Insiden yang belum sampai terpapar ke pasien sehingga tidak menyebabkan cedera pada pasien.

#### 3. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak menimbulkan cedera, dapat terjadi karena keberuntungan.

#### 4. Kondisi Potensial Cedera (KPC) / *Reportable Circumstance*

Kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.

#### 5. Kejadian Sentinel / *Sentinel Event*

Suatu KTD yang menyebabkan kematian, cedera permanen atau cedera yang berat yang bersifat temporer dan membutuhkan penanganan untuk mempertahankan kehidupan, baik secara fisik maupun psikis.

#### 2.3.3 Alur Pelaporan Insiden

Berdasarkan pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (KKPRS, 2015), penilaian matriks risiko adalah suatu metode analisa kualitatif untuk menentukan derajat risiko suatu insiden berdasarkan Dampak dan Probabilitasnya.

##### 1. Penilaian Dampak (*Consequences*)

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

Tabel 2.1 Penilaian Dampak Klinis/Konsekuensi/*Severity*

Tingkat Risiko	Deskripsi	Dampak
1	Tidak signifikan	Tidak cedera
2	<i>Minor</i>	a. Cedera ringan misal luka lecet b. Dapat diatasi dengan pertolongan pertama
3	<i>Moderate</i>	a. Cedera sedang misal luka robek b. Berkurangnya fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual ( <i>reversible</i> ), tidak berhubungan dengan penyakit c. Setiap kasus yang memperpanjang perawatan
4	<i>Mayor</i>	a. Cedera luas/berat misal cacat, lumpuh b. Kehilangan fungsi motorik/sensorik/psikologis atau intelektual ( <i>irreversible</i> ), tidak berhubungan dengan penyakit
5	Katastropik	Kematian yang tidak berhubungan dengan perjalanan penyakit

Sumber : Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (KKPRS, 2015)

## 2. Probabilitas/Frekuensi/*Likelihood*

Guna untuk Mengidentifikasi Frekuensi Insiden Memungkinkan pihak rumah sakit/fasilitas kesehatan untuk mengetahui seberapa sering suatu jenis insiden keselamatan pasien, Menentukan Prioritas Intervensi, Memantau Efektivitas Tindakan Pencegahan, Dasar untuk Penyusunan Kebijakan dan Prosedur, Meningkatkan Budaya Keselamatan.

Tabel 2.2 Penilaian Probabilitas/Frekuensi

Tingkat Risiko	Probabilitas
1	Sangat jarang/ <i>Rare</i> (>5 Tahun/kali)
2	Jarang/ <i>Unlikely</i> (>2 – 5 Tahun/kali)
3	Mungkin/ <i>Possible</i> (1 – 2 Tahun/kali)
4	Sering/ <i>Likely</i> (Beberapa kali/tahun)
5	Sangat sering / <i>Almost certain</i> (Tiap minggu/bulan)

Sumber : Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (KKPRS, 2015)

Setelah nilai dari Dampak dan Probabilitas diketahui, maka dimasukkan dalam Tabel Matriks Grading Risiko untuk menghitung skor risiko dan mencari warna bands risiko.

SKOR RISIKO : Dampak X Probabilitas

Bands risiko adalah derajat risiko yang digambarkan dalam empat warna yaitu: Biru, Hijau, Kuning dan Merah. Warna "*bands*" menentukan Investigasi yang akan dilakukan.

- a. Bands BIRU dan HIJAU: Investigasi Sederhana
- b. Bands KUNING dan MERAH :Investigasi Komprehensif/RCA

### 3. Matriks *Grading* Risiko

Selanjutnya melakukan grading untuk menghitung skor risiko dan mencari warna bands risiko, menentukan investigasi sederhana/RCA, analisa (grading dan rekomendasi rekomendasi perbaikan dan pembelajaran) Sub Komite Keselamatan Pasien.

Tabel 2.3 Matriks Grading Risiko

Probabilitas	Tidak Signifikan	Minor	Moderate	Mayor	Katastropik
Sangat sering terjadi (Tiap minggu/bulan) 5	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Sering terjadi (Beberapa kali/tahun) 4	Moderat	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Mungkin terjadi (1 – 2 Tahun/kali) 3	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim	Ekstrim
Jarang terjadi (>2 – 5 Tahun/kali) 2	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim
Sangat jarang terjadi (>5 Tahun/kali) 1	Rendah	Rendah	Moderat	Tinggi	Ekstrim

Sumber : Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (KKPRS, 2015)

### 4. Investigasi

Setelah menerima laporan insiden keselamatan pasien, maka dilakukan investigasi sesuai dengan hasil matrix grading risiko, dan menentukan insiden.

Tabel 2.4 Investigasi dan Tindak Lanjut Berdasarkan Bands Risiko

Level/Bands	Tindakan
<i>Extreme</i> (Sangat Tinggi)	Risiko Ekstrim, Dilakukan RCA Paling Lama 45 Hari Membutuhkan Tindakan Segera Perhatian Sampai Ke Direktur
<i>High</i> (Tinggi)	Risiko Tinggi, Dilakukan RCA Paling Lama 45 Hari, Kaji Dengan Detail Dan Perlu Tindakan Segera Serta Membutuhkan Perhatian Top Manajemen
<i>Moderate</i> (Sedang)	Risiko Sedang, Dilakukan Investigasi Sederhana Paling Lama 2 Minggu, Manajer / Pimpinan Klinis Sebaiknya Menilai Dampak Terhadap Biaya Dan Kelola Risiko.
<i>Low</i> (Rendah)	Risiko Rendah, Dilakukan Investigasi Sederhana Paling Lama 1 Minggu Diselesaikan Dengan Prosedur Rutin.

Sumber : Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (KKPRS, 2015)

Kegiatan investigasi mencakup kegiatan mencatat kronologi kejadian, mengidentifikasi masalah apakah masalah asuhan pasien (CMP : *Care Management Patient*) atau masalah pelayanan (SDP: *Service Delivery Problem*), menentukan siapa yang akan diidentifikasi, menentukan tim investigasi, mencatat staf yang terlibat dalam insiden. Investigasi terbagi menjadi 3 tingkat, yaitu: investigasi sederhana (*Simple RCA*), investigasi komprehensif (RCA = Root Cause Analysis), investigasi sentinel yang berdampak nasional/luas.

#### 2.3.4 Pelapor Insiden

Berdasarkan pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (KKPRS, 2015), yang membuat laporan insiden adalah:

1. Siapa saja atau semua staf rumah sakit yang pertama menemukan kejadian atau insiden.
2. Siapa saja atau semua staf yang terlibat dalam kejadian atau insiden.

#### 2.3.5 Dampak Insiden Keselamatan Pasien

Klasifikasi dampak insiden keselamatan pasien dalam pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut (Anggia Paramita et al., 2020).



1. Tidak ada kerugian, Proses pengobatan yang berjalan hingga selesai tanpa ada kerusakan atau kerugian untuk pasien.
2. Tidak ada kerugian karena hasil mitigasi, Segala insiden yang berpotensi menyebabkan bahaya tetapi tidak menimbulkan bahaya.
3. Kerugian ringan, Insiden di mana pasien terluka tetapi tidak memerlukan intervensi atau perawatan minimal.
4. Kerugian sedang, Pasien yang memerlukan perawatan medis jangka pendek untuk penatalaksanaan perawatan ringan baik di UGD (Unit Gawat Darurat ) atau bangsal rumah sakit.
5. Insiden perusakan berat, pasien mengalami insiden yang berdampak jangka panjang atau permanen pada fisik, mental ataupun sosialnya sehingga mempersingkat harapan hidupnya. Sudah menerima obat sebanyak 5 kali dosis yang sudah diresepkan.
6. Kematian, Insiden yang terjadi dalam masa pengobatan. Dapat terjadi karena kurang tepat dalam penegakkan diagnosis, penanganan awal, dan lain sebagainya.
7. Insiden yang kurang detail Insiden dimana informasi tidak memadai untuk mengevaluasi keparahan bahaya sehingga dapat berisiko kesalahan dalam hasil perawatan.

#### 2.3.6 Upaya Pencegahan Insiden Keselamatan Pasien

Untuk mencegah terjadinya insiden keselamatan pasien di rumah sakit, WHO (*Collaborating Center for Patient Safety*) telah resmi menerbitkan Sembilan pedoman solusi keselamatan pasien rumah sakit. Perhatikan nama obat, rupa dan

ucapan mirip / *look-alike, sound-alike medication names* / LASA (Administrasi Rumah Sakit Volume et al, 2019)

1. Identifikasi pasien.
2. Komunikasi saat serah terima / pengoperan pasien.
3. Tindakan yang benar pada sistem tubuh yang benar.
4. Pengendalian cairan elektrolit pekat (*concentrated*).
5. Pastikan akurasi pemberian obat pada transisi asuhan.
6. Hindari kesalahan pemasangan kateter dan selang (*tube*).
7. Penggunaan alat injeksi sekali pakai.
8. Tingkatkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk pencegahan infeksi (*HAIs/Healthcare Associated Infections*).

### 2.3.7 Faktor yang Mempengaruhi Insiden Keselamatan Pasien

Teori mengenai kinerja yang digunakan dalam penelitian ini dikembangkan oleh James L. Gibson, yang merupakan seorang tokoh terkemuka dalam bidang perilaku organisasi. Gibson bersama rekannya Ivanchovich dan Donnelly mengembangkan konsep kinerja sebagai hasil dari interaksi antara berbagai faktor individu, psikologi, dan organisasi. Gibson dan timnya dikenal luas dalam literatur manajemen perilaku organisasi sebagai pelopor pendekatan integratif yang menggabungkan berbagai perspektif dalam menjelaskan kinerja manusia di tempat kerja.

Menurut Gibson kinerja dalam organisasi merupakan hasil dari interaksi yang berkesinambungan antara individu dan lingkungannya. (Gibson *et al.*, 2012) mengatakan bahwa kinerja adalah fungsi dari atribut individu, upaya, dan dukungan

organisasi yang saling berinteraksi untuk menghasilkan hasil yang dapat diamati dalam suatu sistem. Dengan kata lain, kinerja bukan hanya bergantung pada kemampuan personal, tetapi juga ditentukan oleh seberapa besar usaha yang diberikan serta dukungan dari organisasi tempat individu tersebut bekerja. Pendekatan ini menjadikan teori Gibson sangat relevan untuk mengevaluasi perilaku kerja di institusi pelayanan publik seperti rumah sakit. Dalam konteks organisasi, Gibson menekankan bahwa kinerja dapat dipahami melalui tiga dimensi utama yaitu individu, psikologis, dan organisasi. Ketiga elemen ini membentuk sistem perilaku yang saling terkait karena ketiganya memiliki peran kunci dalam membentuk perilaku organisasi (Gibson *et al.*, 2012).

Dalam perkembangan teorinya, Gibson dan rekan-rekan sejak edisi pertama buku mereka pada tahun 1973 telah fokus pada interaksi antara perilaku individu dan organisasi. Namun, pembaruan demi pembaruan yang dilakukan hingga edisi 2012 memperluas pendekatan analitis dengan lebih menekankan keterkaitan sistemik antara elemen individu, psikologi, dan organisasi. Hal ini memungkinkan teori tersebut diaplikasikan dengan lebih relevan pada berbagai sektor, termasuk institusi pelayanan kesehatan yang kompleks seperti rumah sakit (Gibson *et al.*, 2012:9)

Melalui teori Gibson, perilaku petugas dalam kinerja organisasi dapat dipahami sebagai hasil dari kombinasi karakteristik individu, faktor psikologi, serta faktor organisasi. Dengan mengacu pada teori Gibson, penelitian ini dapat mengkaji faktor yang mempengaruhi terjadinya insiden keselamatan pasien secara menyeluruh dan terstruktur. Pendekatan tiga dimensi individu, psikologi, dan

organisasi memungkinkan analisis kuantitatif yang mendalam terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi Insiden Keselamatan Pasien, serta memberikan dasar yang kuat untuk membantu Rumah Sakit dalam mengevaluasi kebijakan berbasis data guna meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit.

Dari penjelasan tersebut dapat diketahui bahwa terdapat tiga variabel utama yang mempengaruhi kinerja individu dalam organisasi yaitu individu, psikologi, dan organisasi. Adapun penjelasan mengenai ketiga variabel tersebut beserta indikator atau aspek-aspek yang masuk dan ikut mempengaruhi Insiden Keselamatan Pasien dilihat dari persepsi kinerja petugas yang berhubungan dan melakukan asuhan langsung dengan Pasien yaitu sebagai berikut (Gibson *et al.*, 2012) :

#### 1. Variabel Individu

Variabel individu dapat diklasifikasikan sebagai kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografis. Kemampuan dan keterampilan dan faktor lainnya berperan dalam perilaku individu dan kinerja (Gibson *et al.*, 2012)

##### a. Kemampuan dan Keterampilan

Kemampuan adalah sebuah sifat (bawaan atau dipelajari) yang memungkinkan seseorang melakukan sesuatu mental atau fisik. Kemampuan merupakan sifat biologikal dan yang bisa dipelajari yang memungkinkan seseorang melakukan sesuatu baik bersifat fisik maupun mental. Terdapat sepuluh kemampuan mental yang membentuk kecerdasan seseorang yang menentukan keberhasilan seseorang dalam melakukan suatu pekerjaan.

Kemampuan mental diantaranya adalah sebagai berikut :

- 1) Fleksibilitas merupakan kemampuan untuk terus dalam pikiran konfigurasi visual tertentu
- 2) Kefasihan merupakan untuk menghasilkan kata-kata, ide dan ekspresi verbal
- 3) Penalaran induktif merupakan kemampuan untuk membentuk dan uji hipotesis diarahkan untuk menemukan hubungan
- 4) Memori asosiatif merupakan kemampuan untuk mengingat sesuatu yang tidak berhubungan dan mengingat kembali
- 5) Jangkauan mengingat merupakan kemampuan untuk mengingat sempurna terhadap serangkaian item yang diperlihatkan
- 6) Memfasilitasi angka merupakan kemampuan untuk memanipulasi angka dengan cepat dalam perhitungan
- 7) Kecepatan perseptual merupakan kecepatan dalam menemukan angka, membuat perbandingan, dan melaksanakan tugas-tugas sederhana yang melibatkan persepsi visual
- 8) Penalaran deduktif merupakan kemampuan untuk menyatakan kesimpulan
- 9) Orientasi tata ruang dan visualisasi merupakan kemampuan untuk memahami pola spasial dan memanipulasi atau mengubah bentuk
- 10) Pemahaman verbal merupakan pengetahuan tentang kata-kata dan artinya dan merupakan aplikasi dari pengetahuan tersebut.

b. Latar belakang dan Demografi

Latar belakang dan data demografi yang mempengaruhi kinerja kerja seorang karyawan adalah perbedaan jenis kelamin, keanekaragaman ras dan

budaya, pendidikan dan pengalaman kerja. Pria dan wanita umumnya serupa dalam hal kemampuan belajar, memori, kemampuan penalaran, kreativitas, dan kecerdasan. Terdapat perbedaan pria dan wanita dalam hal kinerja, absensi dan tingkat *turn over*.

Latar belakang budaya yang berbeda dalam kerja seperti nilai-nilai, etika kerja, dan norma-norma perilaku, masalah komunikasi dan ketidakpekaan menjadi hal yang harus diperhatikan oleh seorang manajer (Gibson *et al.*, 2012). Latar belakang yang paling mempengaruhi kinerja adalah tingkat pendidikan dan Pengalaman kerja. Semakin tinggi tingkat pendidikan perawat maka akan semakin tinggi sifat berpikir kritis, logika yang matang dan sistematis dalam berpikir.

Tingkat pendidikan keperawatan menunjukkan bahwa perawat sarjana muda dengan proporsi tinggi pada satu unit dapat mengurangi angka kematian pasien dan memberikan perawatan yang lebih baik. Perawat yang memiliki pendidikan lebih tinggi seperti gelar sarjana muda dapat mengurangi terjadinya sejumlah insiden buruk seperti terjadinya trombosis vena atau emboli paru, gagal jantung kongestif, ulkus dekubitus, dan berkurangnya lama hari rawat (Rn, Brien-pallas, Stevens, & Murphy, 2016). Tingkat pendidikan perawat yang lebih tinggi berhubungan dengan resiko kematian yang lebih rendah dan mengurangi kegagalan untuk menyelamatkan pasien (Audet et al., 2018).

Tingkat pengalaman perawat pemula yang kurang memberi dampak yang negatif terhadap frekuensi kesalahan pengobatan, dibandingkan dengan perawat yang lebih berpengalaman dimana perawat pemula kurang mampu mengenali

penyebab kesalahan pengobatan.

## 2. Variabel Psikologi

Variabel Psikologis meliputi persepsi, sikap, kepribadian, pembelajaran dan motivasi (Gibson *et al.*, 2012).

### a. Persepsi

Persepsi adalah proses dimana seorang individu menggunakan kemampuan kognitif untuk menafsirkan dan memahami lingkungannya. Persepsi merupakan suatu pandangan atau pola pikir yang ada pada seseorang. Persepsi melibatkan menerima rangsangan, mengorganisir rangsangan, dan menerjemahkan atau menafsirkan rangsangan tersebut untuk mempengaruhi perilaku dan membentuk sikap (Gibson *et al.*, 2012). Berdasarkan teori Gibson (2012), persepsi memainkan peran krusial dalam menentukan bagaimana individu berperilaku di tempat kerja.

Persepsi terhadap risiko keselamatan pasien merupakan hal yang bersifat subjektif dan dipengaruhi oleh banyak faktor psikologis. Menurut Slovic (1987), individu tidak hanya memandang risiko berdasarkan data statistik atau probabilitas, melainkan melalui intuisi dan emosi yang dipengaruhi oleh pengalaman pribadi, rasa takut, serta kepercayaan terhadap sistem. Dalam konteks rumah sakit, persepsi petugas terhadap risiko keselamatan pasien mencerminkan bagaimana mereka memandang kemungkinan terjadinya insiden, seberapa besar kontrol yang mereka rasakan, dan seberapa besar mereka mempercayai manajemen dalam menangani pelaporan insiden. Teori Slovic digunakan untuk menjelaskan bagaimana persepsi risiko personal mempengaruhi perilaku petugas dalam menghadapi dan melaporkan insiden keselamatan. Serta membantu menjelaskan mengapa petugas bisa saja tahu

bahwa ada risiko, tapi memilih diam atau tidak bertindak karena persepsi terhadap sistem yang negatif.

Persepsi risiko keselamatan pasien dapat diukur melalui dimensi-dimensi yaitu :

1) *Dread Risk* (Ketakutan terhadap Risiko)

Risiko yang membangkitkan rasa takut atau kekhawatiran tinggi (misalnya kematian, kesalahan yang memperlakukan) lebih sulit ditangani secara rasional. Relevansi dengan keselamatan petugas yakni petugas yang pernah mengalami kesalahan serius mungkin mengalami trauma atau ketakutan berlebihan sehingga enggan bertindak atau melapor kembali, meskipun kejadian berikutnya bisa dicegah.

2) *Unknown Risk* (Risiko yang tidak dipahami)

Menggambarkan sejauh mana risiko dipahami atau diketahui secara ilmiah dan pribadi. Biasanya kejadian yang baru terjadi, tidak dapat diamati secara langsung, efek jangka panjang, dan belum pernah dialami sendiri. Misalnya petugas baru atau belum berpengalaman mungkin tidak memahami sepenuhnya risiko dari prosedur yang ia lakukan, sehingga persepsinya terhadap risiko bisa rendah atau keliru.

3) *Controllability* (Kendali)

Mengacu pada sejauh mana individu merasa dapat mengontrol atau mencegah risiko yang mungkin terjadi. Jika risiko dirasa berada di luar kendali, maka cenderung ditakuti dan dihindari. Relevansi dengan keselamatan petugas yakni tenaga kesehatan yang merasa dapat mengendalikan potensi insiden akan



lebih proaktif dalam menjalankan prosedur dan melaporkan kejadian. Sebaliknya, rasa tidak berdaya bisa menyebabkan pasif atau diam terhadap insiden yang terjadi.

4) *Trust in Authority* (Kepercayaan terhadap Manajemen)

Tingkat kepercayaan seseorang terhadap pihak yang bertanggung jawab dalam menangani risiko, seperti pemerintah, manajemen, atau institusi kesehatan. Relevansi dengan keselamatan petugas yakni jika petugas tidak percaya bahwa laporan mereka akan ditindaklanjuti secara adil atau transparan, mereka cenderung tidak melaporkan insiden. Kepercayaan terhadap manajemen sangat penting dalam menciptakan budaya keselamatan.

5) *Familiarity* (Keakraban dengan Risiko)

Risiko yang dikenal atau sering dihadapi sehari-hari biasanya dipersepsi sebagai lebih rendah, meskipun secara objektif berbahaya. Relevansi dengan keselamatan petugas yakni petugas yang terlalu terbiasa menghadapi kesalahan atau risiko mungkin menormalkan kondisi tersebut dan tidak menyadari pentingnya pelaporan atau perubahan prosedur.

6) *Personal Impact* (Dampak Pribadi)

Mengacu pada seberapa besar seseorang merasa bahwa risiko tersebut dapat langsung memengaruhi dirinya secara emosional, fisik, atau profesional. Relevansi dengan keselamatan petugas yakni jika petugas merasa bahwa pelaporan insiden dapat berdampak negatif pada kariernya (misalnya dimarahi, diberi sanksi), maka persepsi risikonya tinggi terhadap pelaporan itu sendiri, bukan pada kejadian medisnya.

## b. Sikap

Sikap adalah perasaan positif atau negatif atau keadaan mental, belajar dan terorganisir melalui pengalaman yang memberikan pengaruh tertentu pada respon seseorang kepada orang-orang, benda dan situasi. Sikap merupakan penentu dari perilaku karena berhubungan dengan persepsi, kepribadian, dan motivasi (Gibson *et al.*, 2012). Sikap dapat didefinisikan sebagai kecenderungan individu untuk menilai suatu objek atau isu dengan cara tertentu, yang kemudian mempengaruhi perilaku mereka terhadap objek tersebut.

Dalam teori klasik yang dikemukakan oleh Rosenberg dan Hovland (1960), sikap didefinisikan sebagai suatu sistem evaluatif yang mencakup tiga komponen utama: afektif, kognitif, dan konatif. Ketiga komponen ini saling terkait dan bersama-sama membentuk kecenderungan seseorang untuk bertindak terhadap suatu objek atau situasi, dalam hal ini adalah keselamatan pasien di rumah sakit.

Komponen yang mempengaruhi sikap adalah:

- 1) Afektif merupakan komponen emosional dari suatu sikap. Komponen sikap yang dipelajari dari orang tua, guru, dan anggota kelompok sebaya. Komponen ini merujuk pada reaksi emosional atau perasaan seseorang terhadap suatu objek. Afektif mencerminkan perasaan petugas terhadap pentingnya keselamatan pasien, misalnya rasa peduli, bangga, atau sebaliknya—acuh tak acuh.
- 2) Komponen kognitif dari sikap terdiri dari persepsi, pendapat, dan keyakinan. Komponen ini berkaitan dengan keyakinan, pemahaman, atau persepsi rasional seseorang terhadap objek sikap. Aspek kognitif mencerminkan keyakinan

petugas bahwa tindakan tertentu (misalnya mematuhi SOP, melaporkan insiden) dapat mencegah risiko keselamatan pasien.

- 3) Perilaku Konatif berkaitan dengan tindakan, niat atau kecenderungan untuk bertindak terhadap objek sikap. Ini berkaitan dengan seberapa besar dorongan petugas untuk secara nyata melaksanakan tindakan keselamatan, seperti menggunakan checklist, melaporkan insiden, atau mengingatkan rekan kerja.

#### c. Kepribadian

Kepribadian adalah suatu karakteristik dan kecenderungan yang menentukan kesamaan dan perbedaan dalam perilaku. Kepribadian dipengaruhi oleh faktor keturunan, budaya dan sosial (Gibson *et al.*, 2012).

Secara psikologi, prinsip-prinsip tentang kepribadian yaitu:

- 1) Kepribadian adalah suatu keseluruhan yang terorganisir
- 2) Kepribadian menunjukkan suatu pola perilaku yang dapat diamati dan diukur
- 3) Kepribadian memiliki dasar biologis tetapi juga merupakan hasil dari lingkungan sosial dan budaya
- 4) Kepribadian memiliki aspek yang sederhana seperti sikap menjadi ketua tim dan aspek inti seperti pandangan tentang otoritas.
- 5) Kepribadian meliputi karakteristik umum dan khusus. Setiap orang mempunyai persamaan dan perbedaan dengan orang lain. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kepribadian adalah: Pengaruh budaya; norma, nilai dan sikap
- 6) Pengaruh keturunan; biologis, jenis kelamin, fisik, dan genetik
- 7) Pengaruh keluarga dan lingkungan; urutan kelahiran, ukuran dan struktur

8) Pengaruh tingkat sosial dan dukungan anggota grup; teman sebaya.

d. Pembelajaran

Pembelajaran dalam organisasi sebagai pendorong untuk menciptakan, menggunakan dan mentransfer untuk mengubah perilaku. Faktor-faktor yang mempengaruhi pembelajaran organisasi adalah pemindaian dari lingkungan, masalah kinerja, metrik, filosofi eksperimen, transparansi, pendidikan (Gibson *et al.*, 2012).

3. Variabel Organisasi

Organisasi merupakan unit terkoordinasi yang terdiri dari setidaknya dua orang yang berfungsi untuk mencapai tujuan bersama. Variabel organisasi digolongkan dalam sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan (Gibson *et al.*, 2012).

a. Kepemimpinan

Kepemimpinan merupakan suatu usaha menggunakan pengaruh untuk memotivasi individu untuk mencapai beberapa tujuan. Kepemimpinan terjadi ketika salah satu anggota kelompok memodifikasi motivasi atau kompetensi dari orang lain dalam kelompok (Gibson *et al.*, 2012). Pemimpin adalah agen perubahan; orang yang bertindak untuk mempengaruhi orang lain lebih dari tindakan orang lain mempengaruhi mereka. Kedua elemen tersebut dapat mempengaruhi perilaku dan kinerja anggotanya (Gibson *et al.*, 2012).

Teori kepemimpinan transformasional dikembangkan oleh Bernard M. Bass (1985) sebagai pengembangan dari gagasan awal oleh James MacGregor Burns. Teori ini menekankan bahwa pemimpin transformasional bukan hanya

mempengaruhi bawahannya melalui instruksi formal, tetapi mampu menginspirasi, membangun komitmen, dan mendorong pengembangan diri bawahan secara berkelanjutan. Pemimpin transformasional mampu mengubah cara berpikir dan bertindak staf melalui pemberian motivasi, dukungan individual, pemikiran kreatif, dan keteladanan. Pemimpin ini menciptakan hubungan antara visi organisasi, termasuk budaya keselamatan pasien.

Dalam konteks rumah sakit, kepemimpinan transformasional memiliki peran penting dalam membangun budaya keselamatan pasien. Pemimpin yang menunjukkan keteladanan dalam keselamatan, memberikan motivasi tentang pentingnya standar kerja aman, serta mendukung staf untuk menyuarkan risiko dan berinovasi dalam pencegahan insiden, akan menciptakan lingkungan kerja yang lebih sadar risiko dan berorientasi pada perbaikan mutu layanan.

Teori ini terdiri atas empat dimensi utama, yaitu :

1) *Idealized Influence* (Keteladanan)

Pemimpin menjadi panutan yang menunjukkan integritas, konsistensi, dan komitmen terhadap nilai-nilai penting, termasuk keselamatan pasien.

2) *Inspirational Motivation* (Motivasi)

Pemimpin memberikan motivasi melalui penyampaian visi yang jelas dan membangun semangat kerja tim.

3) *Intellectual Stimulation* (Inovasi)

Pemimpin mendorong bawahannya untuk berpikir kritis, menyampaikan ide baru, dan mencari solusi inovatif dalam menyelesaikan masalah.

4) *Individualized Consideration* (Perhatian)

Pemimpin memberikan perhatian khusus terhadap kebutuhan, kekuatan, dan pengembangan masing-masing staf.

## 2.4 Penelitian Terdahulu

Penelitian terdahulu dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 2.5 Penelitian Terdahulu

No	Penulis	Tahun	Judul	Hasil Temuan
1	Aqil Andika Pratiwi, Endang Pertiwiwati (Pratiwi <i>et al.</i> , 2024)	2024	The factors related to <i>patient safety</i> incident reporting in inpatient in RSUD Idaman Banjarbaru City	Penelitian ini menemukan bahwa <b>persepsi dan motivasi</b> memiliki hubungan signifikan terhadap pelaporan IKP ( $p = 0.002$ ). Sedangkan variabel seperti <b>gender, pendidikan, lama kerja, dan kepemimpinan</b> tidak berpengaruh signifikan.
2	Albina Jenita, Yuni Sufyanti Arief, Eka Misbahatul M. Has (Jenita, Arief and Misbahatul, 2019)	2019	Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien pada Perawat	Berdasarkan pendekatan Teori Kopelman, penelitian ini menunjukkan bahwa faktor <b>reward (imbalan), pelatihan, dan feedback (umpan balik)</b> memiliki hubungan signifikan terhadap insiden keselamatan pasien (IKP) ( $p < 0,05$ ). Namun, <b>pengetahuan dan motivasi</b> tidak menunjukkan hubungan yang signifikan.
3	Jatu Sarasanti <i>et.al</i>	2018	Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien oleh Paramedis di	Metode penelitian ini adalah kuantitatif dengan total sampling 48 responden. Faktor yang signifikan: supervisi ( $p=0.033$ ), fasilitas ( $p=0.000$ ), budaya organisasi ( $p=0.000$ ); tidak signifikan: usia dan lama kerja

No	Penulis	Tahun	Judul	Hasil Temuan
			Instalasi Rawat Inap RS X Jakarta	
4	(Fardiansyah, Romli and Anggreni, 2023)	2023	Analisis Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Insiden Keselamatan Pasien	Metode penelitian ini adalah observasional analitik dan menggunakan rancang penelitian cross sectional. Budaya keselamatan pasien ( $p=0.009$ ) dan kompleksitas tugas ( $p=0.000$ ) berpengaruh signifikan terhadap insiden; iklim komunikasi organisasi tidak berpengaruh ( $p=0.843$ ).
5	(Syukur, Febriyona and Husain, 2023)	2023	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Penerapan Keselamatan dan Kesehatan Mencegah Kecelakaan Tidak Diinginkan (KTD)	Metode penelitian ini adalah kuantitatif dan menggunakan rancang penelitian cross sectional dengan total sampling 42 responden. Faktor signifikan: pendidikan ( $p=0.019$ ), beban kerja ( $p=0.016$ ), lingkungan kerja ( $p=0.003$ ) insiden.