

Faktor-Faktor Penghambat Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Factors Inhibiting Incident Reportin Patient Safety

Ahmad Fauzan¹, Felix Kasim², Rahmad Ramadhan Ritonga³

^{1,2,3} Institut Kesehatan Medistra Lubuk Pakam

Jln. Sudirman No.38 Lubuk Pakam, Kabupaten Deli Serdang, Sumatera Utara – Indonesia

Email: fauzan.apt77@gmail.com

Abstrak

Latar belakang: RSUD dr. H. Kumpulan Pane (RSKP) belum berhasil menerapkan pelaporan insiden sesuai kaidah real time sebagaimana diatur Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017. **Tujuan Penelitian:** Beranjak dari keadaan yang demikian, penelitian ini ditujukan dalam rangka menganalisis kondisi sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di unit rawat inap RSKP, faktor-faktor penghambatnya, serta alternatif-alternatif kebijakan prioritas untuk memperbaiki sistem yang dimaksud. **Metode penelitian:** Untuk mencapai tujuan-tujuan tersebut, metode Grounded Theory dengan mengedepankan analisis data kualitatif dari informan-informan yang terdiri dari pejabat struktural, tenaga kesehatan, dan komite mutu dan keselamatan pasien RSKP digunakan peneliti dalam mengungkapkan kondisi dan faktor penghambat pelaporan insiden keselamatan pasien di unit rawat inap RSKP. Sementara itu, untuk memperoleh alternatif-alternatif prioritas dalam rangka memperbaiki kondisi pelaporan insiden, peneliti menggunakan metode Analytical Hierarchy Process. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan kondisi pelaporan yang memiliki sejumlah kelemahan berupa aksi pelaporan insiden yang sangat minim, penerapan system-oriented yang belum berjalan sepenuhnya, kurangnya koordinasi mengenai jaminan kebebasan dari hukuman atas setiap aksi pelaporan insiden keselamatan, independensi dari pihak eksternal yang belum tergaransi, serta pola penyelesaian insiden keselamatan pasien yang masih parsial. **Kesimpulan:** Pelaporan insiden keselamatan pasien di unit rawat inap RSKP masih lemah akibat budaya pelaporan yang rendah, kurangnya pelatihan, kepemimpinan yang belum mendukung, serta sistem yang belum optimal. Diperlukan langkah strategis seperti percepatan pembayaran jaspel, pembentukan tim perbaikan SPO, dan penerapan sanksi proporsional untuk meningkatkan kualitas pelaporan insiden secara menyeluruh.

Kata kunci: Keselamatan Pasien; Sistem Pelaporan; Rawat Inap

Abstract

Background: RSUD dr. H. Kumpulan Pane (RSKP) has not yet successfully implemented real-time incident reporting as stipulated by the Minister of Health Regulation No. 11 of 2017. **Objectives:** Based on this situation, this study aims to analyze the condition of the patient safety incident reporting system in the inpatient unit at RSKP, identify the inhibiting factors, and propose priority policy alternatives to improve the system. **Research method:** To achieve these objectives, the Grounded Theory method, emphasizing qualitative data analysis from informants including structural officials, healthcare workers, and the quality and patient safety committee at RSKP, was used to reveal the conditions and inhibiting factors of patient safety incident reporting in the inpatient unit at RSKP. Meanwhile, to obtain priority alternatives for improving the incident reporting conditions, the researcher used the Analytical Hierarchy Process method. **Results:** The results of the study indicate several weaknesses in the reporting conditions, including very minimal incident reporting actions, incomplete implementation of system-oriented approaches, lack of coordination regarding assurance of immunity from punishment for incident reporting actions, unguaranteed independence from external parties, and partial patterns of patient safety incident resolution. **Conclusion:** Patient safety incident reporting in the inpatient unit of RSKP remains suboptimal due to a weak reporting culture, insufficient training, unsupportive leadership, and an underdeveloped system. Strategic actions such as timely disbursement of service incentives, the establishment of a dedicated SPO improvement team, and the implementation of proportional sanctions are essential to enhance the overall quality of incident reporting.

Keywords: Patient Safety; Reporting System; Inpatient Care

* Corresponding Author: Ahmad Fauzan, Institut Kesehatan Medistra Lubuk Pakam, Deli Serdang, Indonesia

E-mail : fauzan.apt77@gmail.com

Doi : 10.35451/jkg.v7i2.2698

Received : April 19, 2025. Accepted: April 24, 2025. Published: April 30, 2025

Copyright (c) 2025 : Ahmad Fauzan. Creative Commons License This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License

Keselamatan pasien merupakan aspek fundamental dalam sistem pelayanan kesehatan dan menjadi fokus perhatian di tingkat global. menurut laporan *World Health Organization (WHO)*, satu dari setiap sepuluh pasien mengalami cedera selama menjalani perawatan, dan sekitar 134 juta kejadian keselamatan pasien terjadi setiap tahun di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, yang menyebabkan hampir 2,6 juta kematian [1]. hal ini menegaskan bahwa keselamatan pasien bukan hanya masalah medis, tetapi juga masalah sistemik yang berdampak luas terhadap kesehatan publik dan beban ekonomi [2]. sebagai respons atas situasi ini, *World Health Organization* telah meluncurkan *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030* yang bertujuan menciptakan pelayanan kesehatan yang aman, efektif, dan bebas dari risiko yang dapat dihindari. Salah satu pilar utama dalam rencana aksi tersebut adalah penguatan sistem pelaporan dan pembelajaran insiden keselamatan pasien sebagai bagian dari budaya keselamatan yang berkelanjutan [3].

Perhatian terhadap keselamatan pasien di Indonesia dituangkan dalam peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien. dalam peraturan tersebut dijelaskan bahwa sistem keselamatan pasien harus mencakup asesmen risiko, pelaporan dan analisis insiden, serta penerapan solusi untuk mencegah terjadinya cedera akibat kesalahan dalam pelayanan kesehatan [4]. salah satu elemen penting dalam implementasi keselamatan pasien adalah pelaporan insiden secara aktif, real time, dan berbasis sistem [5]. Namun, implementasi pelaporan insiden di Indonesia masih menghadapi berbagai hambatan. Data dari Komite Nasional Keselamatan Pasien menunjukkan bahwa pelaporan insiden masih sangat rendah, bahkan hanya sekitar 12% rumah sakit yang secara aktif melaporkan insiden ke sistem nasional [6]. Hambatan tersebut termasuk ketakutan terhadap hukuman, kurangnya sosialisasi dan pelatihan, rendahnya pemahaman tentang manfaat pelaporan, serta sistem pelaporan yang belum *user-friendly* [7][8].

Kondisi serupa juga ditemukan di RSUD dr. H. Kumpulan Pane (RSKP), Kota Tebing Tinggi. Meski rumah sakit ini berstatus kelas B dan telah memiliki Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, data pada laman resmi <https://mutufasyankes.kemkes.go.id> menunjukkan bahwa sepanjang tahun 2023, RSKP tidak melaporkan satu pun insiden keselamatan pasien [9]. Ketidakhadiran laporan ini sangat tidak rasional, mengingat berbagai jenis insiden, baik minor seperti near miss hingga major seperti sentinel event, sangat mungkin terjadi dalam lingkungan rawat inap. Fenomena ini mengindikasikan bahwa sistem pelaporan insiden di RSKP tidak berjalan sebagaimana mestinya. Beberapa kemungkinan penyebab yang dapat diajukan meliputi lemahnya budaya pelaporan, belum optimalnya pelatihan dan sosialisasi pelaporan insiden, serta ketiadaan jaminan perlindungan terhadap pelapor [10]. Selain itu, pelaporan insiden sering kali dianggap sebagai beban administratif dan bukan bagian dari upaya peningkatan mutu pelayanan [11]. Padahal, pelaporan insiden merupakan fondasi untuk mengenali akar masalah dalam pelayanan, melakukan tindakan korektif, serta mencegah kejadian berulang. Dengan pelaporan yang baik, manajemen rumah sakit dapat memperoleh gambaran yang utuh tentang risiko-risiko yang mengancam pasien dan merancang intervensi yang lebih efektif [12]. Kegagalan dalam pelaporan bukan hanya merugikan pasien, tetapi juga berdampak pada reputasi institusi dan potensi peningkatan beban litigasi hukum terhadap rumah sakit.

Berangkat dari latar belakang ini, perlu dilakukan penelitian mendalam untuk menganalisis kondisi pelaporan insiden keselamatan pasien di unit rawat inap RSKP. Penelitian ini juga penting dalam upaya memahami faktor-faktor penghambat dan menyusun alternatif solusi yang kontekstual serta aplikatif untuk memperbaiki sistem pelaporan insiden secara berkelanjutan.

1. METODE

Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif dengan rancangan penelitian GTM (*Grounded Theory Model*).

Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD. Kumpulan Pane Tebing Tinggi. Lokasi penelitian terdiri dari 10 (sepuluh) ruang yang melaksanakan fungsi rawat inap di RSKP yaitu: ruang ICU, ruang perinatologi, ruang maternitas, ruang anak, ruang isolasi, ruang infeksius, ruang penyakit dalam, ruang pinus 1, ruang rawat inap bedah, dan ruang VIP. Penelitian dilaksanakan pada bulan Nopember 2023 - Juli 2024.

Informan Penelitian

Informan yang diteliti yaitu tenaga medis, tenaga kesehatan, dan karyawan lainnya yang terlibat dalam pemberian pelayanan rawat inap kepada pasien. Selain itu, komite mutu dan keselamatan pasien RSKP juga menjadi subjek penelitian karena merupakan pihak yang bertanggungjawab dalam mengadministrasikan pelaporan insiden keselamatan pasien di RSKP. Selain itu, regulasi dan kebijakan baik yang bersifat internal RSKP maupun yang ditetapkan oleh Pemerintah Pusat/Daerah juga menjadi entitas yang diteliti sepanjang bersinggungan/mengatur pelaporan insiden keselamatan pasien.

Metode Pengumpulan Data

Dalam proses pengumpulan data ini, penulis terlibat langsung dengan objek penelitian guna memastikan keabsahan data, dan menggunakan metode observasi, dokumentasi dan wawancara. Instrumen wawancara yang digunakan dalam penelitian ini berupa daftar pertanyaan yang disusun secara terstruktur. Dengan demikian data yang diperoleh dari penelitian ini nantinya dalam bentuk transkrip wawancara. Sementara khusus untuk keperluan penentuan alternatif-alternatif solusi dalam rangka perbaikan pelaporan insiden, alternatif-alternatif terlebih dahulu disusun berdasarkan hasil analisis data transkrip. Setelah disusun, alternatif-alternatif diputuskan berdasarkan prioritas menggunakan metode AHP. Untuk mencapai hal ini, penilaian dibantu dengan data skor dari narasumber.

Metode Analisis Data

Data-data yang dihasilkan dari proses wawancara ditriangulasi baik antar sesama hasil transkrip, maupun dengan data yang diperoleh dalam bentuk dokumen serta pengamatan langsung. Meskipun direncanakan jumlah narasumber adalah sebanyak 14 orang, peneliti sebagai instrumen utama menilai tingkat saturasi data sehingga apabila data diyakini sudah dalam kondisi jenuh, peneliti berhenti untuk melakukan wawancara. Sebaliknya, apabila data yang dihasilkan masih belum meyakinkan, peneliti meneruskan wawancara bahkan bukan tidak mungkin melampaui jumlah yang direncanakan (teknik snowball). Data transkrip wawancara selanjutnya diolah dengan menggunakan software NVivo versi 14 untuk memudahkan kodifikasi maupun penentuan tema, serta keperluan analisis kualitatif lainnya.

2. HASIL

Gambaran Lokasi Penelitian

RSUD dr. H. Kumpulan Pane (RSKP) merupakan rumah sakit milik Pemerintah Kota Tebing Tinggi yang telah berkembang menjadi rumah sakit tipe B non-pendidikan. Rumah sakit ini melayani masyarakat Kota Tebing Tinggi serta beberapa wilayah sekitarnya, dengan menyediakan layanan gawat darurat, rawat jalan, dan rawat inap secara paripurna. Dalam rangka meningkatkan mutu layanan, RSKP telah membentuk Komite Mutu dan Keselamatan Pasien serta menyesuaikan struktur organisasinya dengan standar akreditasi nasional. Namun, implementasi sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit ini masih belum optimal, yang tercermin dari tidak adanya laporan insiden yang tercatat di sistem pelaporan nasional sepanjang tahun 2023.

Hasil Pengkodean

Dalam proses analisis data, peneliti menggunakan perangkat lunak NVivo 14 dan memilih metode manual coding untuk mengidentifikasi tema-tema utama dari transkrip wawancara. Dari hasil pengkodean tersebut, ditemukan delapan tema induk yang merepresentasikan kondisi pelaporan insiden keselamatan pasien di unit

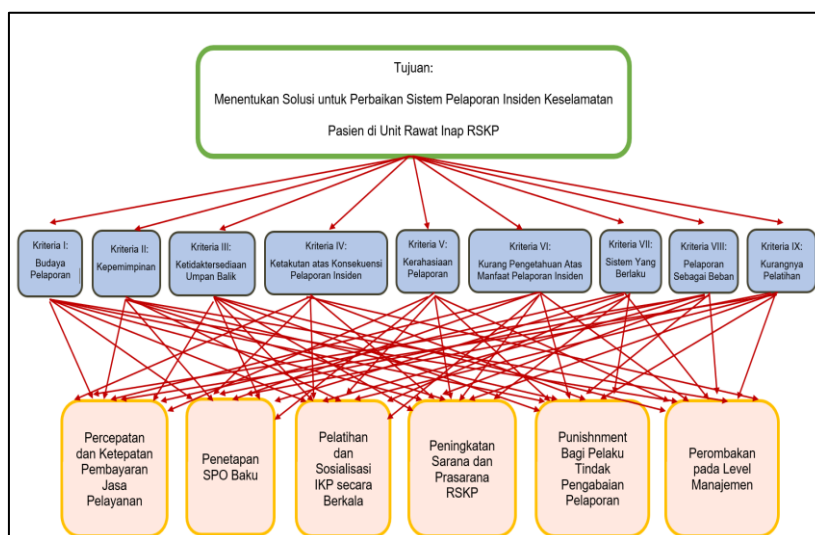
rawat inap RSUD dr. H. Kumpulan Pane. Tema-tema tersebut meliputi: minimnya aksi pelaporan insiden, belum adanya jaminan kebebasan dari tuntutan hukum bagi pelapor, kurangnya pembinaan, rendahnya orientasi sistem, dominasi pendekatan berbasis individu, rendahnya independensi dalam pelaporan, waktu penyelesaian insiden yang belum standar, serta pola penyelesaian insiden yang variatif—baik melalui pihak internal, eksternal, atau tanpa penyelesaian yang jelas. Selain itu, respons unit terhadap rekomendasi insiden juga beragam, dan belum terdapat konsistensi tindak lanjut antar lini layanan. Meski kerahasiaan pelaporan dijaga, masih ditemukan kekhawatiran dari tenaga kesehatan dalam melakukan pelaporan. Keseluruhan hasil ini menjadi dasar dalam mengembangkan teori substantif tentang praktik pelaporan insiden di RSKP.

Sarana, Prasarana, dan Dokumen-dokumen dalam Rangka Penyelenggaraan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Dalam mendukung pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien, tersedia sarana dan prasarana sebagaimana ruang komite mutu dan keselamatan pasien, namun dari hasil observasi diketahui bahwa ruang ini jarang difungsikan untuk kepentingan tersebut. Ruang Komite yang seharusnya menjadi pusat administrasi pelaporan IKP jarang difungsikan, bahkan kerap terkunci dan tidak menunjukkan aktivitas komite secara rutin. Dokumen terkait pelaporan seperti form isian, daftar hadir, dan literatur keselamatan pasien juga tidak tersedia secara fisik di ruang tersebut. Satu-satunya dokumen relevan yang ditemukan adalah SK Komite Mutu, itupun dalam bentuk softcopy yang disimpan pribadi oleh anggota sub-komite keselamatan pasien. Minimnya form pelaporan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) mengindikasikan lemahnya infrastruktur administratif dalam mendukung pelaporan IKP. Berdasarkan hasil observasi dan wawancara, kondisi ini turut mempengaruhi rendahnya pelaporan serta menjadi salah satu alasan mengapa penetapan SPO baku dan penyediaan fasilitas pendukung diusulkan sebagai solusi perbaikan sistem pelaporan IKP.

Data Skor AHP

Solusi prioritas dalam perbaikan sistem pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) di unit rawat inap RSKP dilakukan dengan menggunakan pendekatan *Analytical Hierarchy Process* (AHP). Metode ini memungkinkan pengambilan keputusan yang lebih terstruktur dengan melibatkan hierarki antara tujuan, kriteria penilaian, dan alternatif solusi yang diusulkan.



Gambar 1. Diagram AHP untuk Menentukan Alternatif Solusi Perbaikan Sistem Pelaporan Insiden di Unit Rawat Inap RSKP

Gambar 1 menyajikan diagram AHP yang digunakan dalam penelitian ini, yang memetakan tujuan utama yaitu perbaikan sistem pelaporan IKP, dengan lima kriteria penilaian dan enam alternatif solusi. Lima kriteria tersebut mencakup aspek efisiensi, efektivitas, keterjangkauan, keberlanjutan, dan akseptabilitas. Langkah awal penilaian dilakukan dengan membandingkan tingkat kepentingan antar kriteria. Hasil perbandingan ini disajikan pada

Gambar 2, yang menunjukkan bahwa efektivitas dan keberlanjutan mendapat bobot tertinggi dibandingkan kriteria lainnya.

Tabel 1. Hasil Penilaian Perbandingan Tingkat Kepentingan Antar Kriteria

	Budaya Pelaporan	Kepemimpinan	Kerahasiaan Laporan	Ketakutan atas Konsekuensi Pelaporan Insiden	Ketidakterediaan Umpan Balik	Kurang pengetahuan Atas Manfaat Pelaporan Insiden	Kurang Pelatihan	Pelaporan Sebagai Beban	Sistem yang Berlaku
Budaya Pelaporan	1	1/2	1/2	3	1/3	3	3	2	2
Kepemimpinan	2	1	1/2	2	2	4	4	3	1/2
Kerahasiaan Laporan	2	2	1	2	1/2	3	4	2	2
Ketakutan atas Konsekuensi Pelaporan Insiden	1/3	1/2	2/2	1	1/2	3	4	1/2	1/2
Ketidakterediaan Umpan Balik	3	1/2	2	2	1	3	4	5	3
Kurang pengetahuan Atas Manfaat Pelaporan Insiden	1/4	1/4	1/3	1/3	1/3	1	3	1/2	1/3
Kurangnya Pelatihan	1/3	1/4	1/4	1/4	1/4	1/3	1	1/3	1/3
Pelaporan Sebagai Beban	1/3	1/3	1/2	2	1/5	2	3	1	1/2
Sistem yang Berlaku	1/2	2	1/2	2	1/3	3	3	2	1

Tahapan selanjutnya melibatkan pembobotan terhadap enam alternatif solusi: (1) peningkatan sarana dan prasarana, (2) pelatihan dan sosialisasi berkala, (3) penetapan SPO baku, (4) punishment bagi pelaku pengabaian pelaporan, (5) percepatan pembayaran jasa layanan, dan (6) perombakan manajemen. Hasil akhir penilaian tersebut dapat dilihat pada Gambar 3 yang menunjukkan bahwa pelatihan dan sosialisasi berkala serta penetapan SPO baku menjadi solusi dengan skor tertinggi dan layak diimplementasikan lebih dahulu.

Tabel 2. Perhitungan Skor Akhir untuk Menentukan Prioritas Alternatif Kebijakan

	Budaya Pelaporan	Kepemimpinan	Kerahasiaan Laporan	Ketakutan atas Konsekuensi Pelaporan Insiden	Ketidakterediaan Umpan Balik	Kurang pengetahuan Atas Manfaat Pelaporan Insiden	Kurang Pelatihan	Pelaporan Sebagai Beban	Sistem yang Berlaku	Skor akhir	Peringkat
Percepatan dan Ketepatan Pembayaran Jasa Pelayanan	0,30	0,31	0,05	0,31	0,33	0,30	0,05	0,29	0,30	2,24	I
Penetapan SPO Baku	0,14	0,15	0,03	0,15	0,21	0,14	0,02	0,25	0,26	1,35	III
Pelatihan dan sosialisasi IKP secara Berkala	0,10	0,11	0,02	0,11	0,17	0,10	0,02	0,33	0,19	1,14	V
Peningkatan Sarana dan Prasarana RSKP	0,05	0,05	0,02	0,05	0,06	0,05	0,17	0,30	0,31	1,05	VI
Punishment Bagi Pelaku Tindak Pengabaian Pelaporan	0,25	0,26	0,04	0,26	0,29	0,25	0,26	0,23	0,04	1,88	II
Perombakan Pada Level Manajemen	0,17	0,19	0,03	0,19	0,23	0,17	0,19	0,03	0,01	1,21	IV

3. PEMBAHASAN

Kondisi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rawat Inap RSUD Dr. H. Kumpulan Pane

Pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan elemen fundamental dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan pencapaian budaya keselamatan pasien. Namun demikian, kondisi pelaporan insiden di unit rawat inap RSUD dr. H. Kumpulan Pane masih menunjukkan performa yang rendah. Fenomena minimnya pelaporan bukan karena nihilnya kejadian, melainkan disebabkan oleh resistensi tenaga kesehatan dalam melaporkan insiden yang terjadi. Dhamanti et al. menyebutkan bahwa ketakutan terhadap sanksi, baik formal maupun informal, merupakan faktor yang paling dominan dalam rendahnya pelaporan insiden di rumah sakit Indonesia [7]. Selain itu, tidak adanya jaminan hukum yang eksplisit bagi pelapor menimbulkan kekhawatiran yang semakin mengakar. Padahal, WHO dalam *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030* secara tegas menyatakan bahwa sistem pelaporan yang ideal harus bebas dari sanksi dan memberi perlindungan hukum terhadap pelapor sebagai bentuk dukungan terhadap transparansi dan budaya belajar dari kesalahan [1].

Di sisi lain, pelaporan insiden yang dilakukan belum berbasis sistem (*system-oriented*). Penanganan insiden lebih sering bersifat personal dan informal, yang mengarah pada penyelesaian yang tidak terdokumentasi dan tidak berorientasi pada pembelajaran jangka panjang. Dhamanti et al. menegaskan bahwa pendekatan sistem sangat penting dalam pelaporan insiden agar institusi dapat mengidentifikasi akar masalah dan melakukan perbaikan sistematis, bukan sekadar mencari pihak yang bersalah [5].

Kerahasiaan pelaporan juga belum terjamin sepenuhnya. WHO mencantumkan prinsip kerahasiaan sebagai salah satu pilar dalam sistem pelaporan insiden berkualitas, karena jika pelapor merasa identitasnya dapat diketahui, maka kemungkinan besar mereka tidak akan melapor [1]. Hal ini juga diperkuat oleh Vincent et al., yang menemukan bahwa sistem pelaporan yang tidak anonim akan menurunkan kepercayaan dan partisipasi tenaga kesehatan dalam proses pelaporan [13]. Tantangan lainnya adalah aspek independensi pelaporan. Dalam banyak kasus, pelapor merasa tertekan secara sosial maupun struktural, terutama ketika insiden melibatkan senior atau pihak manajemen. Ketergantungan pelaporan pada struktur kekuasaan akan mengganggu integritas data dan menyulitkan pembentukan budaya keselamatan pasien yang sehat. Oleh karena itu, WHO menekankan pentingnya independensi sistem pelaporan dari pengaruh hierarkis di lingkungan rumah sakit [1].

Lebih lanjut, pola penyelesaian insiden masih belum terstandar. Tidak adanya prosedur baku menyebabkan setiap unit menyikapi pelaporan dengan pendekatan yang berbeda-beda. Tristantia mengemukakan bahwa ketiadaan sistem tindak lanjut yang jelas membuat pelaporan dianggap tidak bermanfaat, dan hal ini semakin memperkuat budaya diam (*silent culture*) di kalangan tenaga kesehatan [14].

Secara keseluruhan, sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di RSUD dr. H. Kumpulan Pane membutuhkan pembenahan menyeluruh. Reformasi yang mendasar perlu dilakukan, termasuk pembentukan SOP pelaporan yang jelas, pelatihan berkala bagi seluruh staf, jaminan hukum bagpelapor, serta penanaman budaya keselamatan pasien yang berorientasi pada sistem dan pembelajaran.

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Rendahnya Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di RSUD Dr. H. Kumpulan Pane

Pelaporan insiden keselamatan pasien tidak hanya dipengaruhi oleh sistem pelaporan itu sendiri, tetapi juga oleh berbagai faktor individual, struktural, dan budaya yang berkembang di lingkungan rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat dua kelompok faktor yang memengaruhi rendahnya pelaporan insiden di RSUD dr. H. Kumpulan Pane (RSKP), yakni faktor penghambat dan faktor yang tidak menjadi hambatan secara signifikan. Faktor penghambat utama yang ditemukan adalah belum terbentuknya budaya pelaporan di kalangan tenaga kesehatan. Banyak tenaga kesehatan yang masih menganggap pelaporan bukan sebagai bagian dari tanggung jawab profesional mereka. Kebiasaan menyelesaikan masalah secara informal atau langsung kepada unit terkait tanpa melaporkannya ke komite mutu memperlihatkan lemahnya internalisasi budaya pelaporan di unit rawat inap. Hal ini selaras dengan temuan Dhamanti et al., yang menyatakan bahwa budaya pelaporan yang belum

terbentuk secara kuat menjadi salah satu penghambat paling signifikan dalam pelaporan insiden di Indonesia [7].

Kepemimpinan yang kurang responsif juga menjadi hambatan. Informan menyebutkan bahwa ada unit dengan kepala yang pasif terhadap pelaporan, sehingga tidak ada dorongan atau penguatan dari pimpinan untuk melaporkan insiden. Peran kepemimpinan sangat krusial dalam menciptakan lingkungan yang mendukung pelaporan, sebagaimana ditegaskan oleh WHO bahwa dukungan manajerial yang kuat adalah fondasi dari sistem pelaporan yang efektif [1]. Selain itu, kurangnya pengetahuan tentang manfaat pelaporan menjadi faktor penghambat yang dominan. Banyak tenaga kesehatan belum memahami bahwa pelaporan insiden bukan untuk mencari kesalahan, tetapi untuk mencegah kejadian serupa di masa depan. Rendahnya pelatihan dan sosialisasi pelaporan juga turut memperparah kondisi ini. Pelatihan yang dilakukan hanya bersifat sporadis dan sebagian besar dilakukan saat menjelang akreditasi, sehingga pemahaman tentang pentingnya pelaporan tidak merata di antara staf rumah sakit.

Faktor lain yang cukup signifikan adalah persepsi bahwa pelaporan merupakan beban tambahan. Prosedur pelaporan yang dianggap panjang, serta tidak adanya insentif atau penghargaan, menyebabkan staf merasa enggan terlibat dalam proses tersebut. Dalam hal ini, Tristantia menyatakan bahwa beban administratif dan kurangnya nilai manfaat langsung dari pelaporan merupakan alasan umum di balik rendahnya pelaporan insiden [14].

Sistem pelaporan yang berlaku juga menjadi sorotan. Ketidaksinkronan antara sistem pelaporan dengan teknis pelaksanaan di lapangan menyebabkan kebingungan dan kesalahan dalam prosedur pelaporan. Beberapa laporan justru tidak sampai ke komite mutu karena dikirim ke unit yang tidak berwenang menangani insiden. Sementara itu, terdapat dua faktor yang tidak menjadi penghambat menurut informan, yakni kerahasiaan pelaporan dan ketakutan atas konsekuensi pelaporan. Mayoritas tenaga kesehatan menyatakan yakin bahwa rumah sakit telah menjaga kerahasiaan pelapor. Komite mutu dinilai mampu melindungi identitas pelapor secara internal, sehingga hal ini tidak menjadi alasan untuk menunda atau menolak pelaporan insiden. Ketakutan atas hukuman juga tidak dianggap sebagai penghambat utama. Meskipun potensi sanksi tetap ada, namun dalam praktiknya rumah sakit tidak pernah menjatuhkan hukuman formal terhadap pelapor. Hal ini menunjukkan bahwa persepsi terhadap hukuman mulai berubah, terutama ketika organisasi menunjukkan komitmen untuk bersikap adil terhadap pelapor.

Secara keseluruhan, rendahnya pelaporan insiden keselamatan pasien di RSKP lebih dipengaruhi oleh faktor struktural dan budaya ketimbang ketakutan personal. Oleh karena itu, intervensi yang dibutuhkan tidak hanya dalam bentuk teknis administratif, tetapi juga menyentuh aspek perubahan budaya kerja, penguatan peran kepemimpinan, serta peningkatan kapasitas dan pemahaman staf tentang pentingnya pelaporan untuk keselamatan pasien.

Solusi Perbaikan Atas Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Unit Rawat Inap RSKP

Hasil analisis melalui metode *Analytical Hierarchy Process* (AHP) dalam penelitian ini menghasilkan enam solusi utama yang dianggap paling relevan untuk memperbaiki sistem pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) di unit rawat inap RSUD dr. H. Kumpulan Pane. Solusi-solusi tersebut diperoleh dari kombinasi masukan informan kunci, pengolahan data kualitatif, dan analisis prioritas yang mengacu pada efektivitas, efisiensi, serta akseptabilitas implementasi kebijakan.

Solusi yang memperoleh bobot tertinggi dalam hasil AHP adalah percepatan dan ketepatan pembayaran jasa pelayanan. Keterlambatan pembayaran jaspel yang terjadi hingga lebih dari satu tahun telah menurunkan motivasi tenaga kesehatan dalam menjalankan tanggung jawab administratif termasuk pelaporan insiden. Insentif finansial yang dibayarkan secara adil dan tepat waktu diyakini dapat membentuk kembali kepercayaan serta meningkatkan partisipasi aktif dalam pelaporan. Dalam penelitian oleh Lee et al. (2020), keterlibatan tenaga kesehatan dalam budaya pelaporan sangat dipengaruhi oleh sistem insentif yang konsisten dan dapat diprediksi [15].

Solusi kedua yang direkomendasikan adalah pemberian sanksi terhadap tindakan pengabaian pelaporan. Walau prinsip pelaporan non-punitif menjadi standar global dalam sistem keselamatan pasien, namun dalam konteks tertentu, terutama di lingkungan yang budaya pelaporannya belum terbentuk, sanksi administratif yang bersifat edukatif dianggap perlu. Pendekatan ini sesuai dengan pandangan Vincent (2010), yang menyatakan bahwa organisasi perlu menerapkan batasan yang jelas antara kesalahan yang jujur dan kelalaian yang disengaja, serta dapat memberikan sanksi dalam kasus-kasus yang membahayakan pasien secara sistemik [16].

Selanjutnya, penetapan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang baku dipandang penting dalam mengatasi kebingungan prosedural di antara tenaga kesehatan. Selama ini, pelaporan insiden di RSKP berlangsung tanpa acuan tertulis yang jelas, sehingga menyulitkan dalam hal alur pelaporan maupun klasifikasi jenis insiden. SPO yang disusun dengan mempertimbangkan input dari pelaksana lapangan akan meningkatkan efisiensi dan konsistensi pelaporan. Hal ini juga sejalan dengan ketentuan dalam Permenkes Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit, yang menegaskan perlunya pelaporan sebagai bagian dari sistem pelayanan yang aman [4].

Perombakan pada level manajemen juga menjadi sorotan penting dari para informan penelitian. Struktur manajerial yang saat ini dinilai terlalu birokratis dan kurang responsif terhadap persoalan keselamatan pasien. Oleh karena itu, rekomendasi diarahkan pada restrukturisasi organisasi agar lebih gesit dan responsif, misalnya dengan memperkuat peran komite mutu dan keselamatan pasien. WHO dalam *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030* juga menekankan pentingnya peran pimpinan rumah sakit dalam menciptakan budaya keselamatan, termasuk dalam hal pelaporan insiden [1]. Studi menunjukkan bahwa kepemimpinan transformasional secara signifikan berkontribusi terhadap peningkatan budaya keselamatan pasien, di mana gaya kepemimpinan ini mendorong komunikasi terbuka, penguatan nilai-nilai keselamatan, serta pelaporan insiden tanpa rasa takut [17]. Selain itu, keterlibatan staf yang tinggi memiliki korelasi positif dengan penguatan budaya keselamatan pasien, karena karyawan yang merasa dihargai dan didukung akan lebih proaktif dalam mengidentifikasi dan mengomunikasikan potensi risiko keselamatan [18]. Budaya organisasi yang mendukung keselamatan pasien, termasuk pembelajaran dari kesalahan dan komunikasi yang efektif, terbukti menjadi landasan dalam pengelolaan mutu layanan kesehatan secara berkelanjutan [19][20].

Solusi lainnya adalah peningkatan kapasitas sumber daya manusia melalui pelatihan dan sosialisasi yang dilakukan secara berkala. Minimnya pemahaman terkait jenis-jenis insiden, prosedur pelaporan, dan urgensi pelaporan dalam upaya perbaikan mutu pelayanan menjadi hambatan utama. Dhamanti et al. (2022) menyatakan bahwa pelatihan yang berkelanjutan merupakan salah satu pendekatan paling efektif untuk memperkuat budaya pelaporan di rumah sakit [21]. Sosialisasi juga harus menjangkau seluruh lini, termasuk tenaga non-medis yang berinteraksi langsung dengan pasien.

Peningkatan sarana dan prasarana pelaporan menjadi aspek teknis yang tak kalah penting. Di RSKP, ruang Komite Mutu tidak menunjukkan aktivitas pelaporan aktif, dan dokumen penting seperti formulir pelaporan, panduan, serta daftar kehadiran rapat tidak tersedia secara fisik. Hal ini menunjukkan lemahnya dukungan administratif terhadap pelaporan insiden. WHO (2019) menganjurkan penggunaan sistem pelaporan digital yang aman dan terintegrasi, yang terbukti dapat meningkatkan efisiensi dan keterlacakan pelaporan di fasilitas kesehatan [22].

Secara keseluruhan, solusi-solusi ini merupakan bagian dari satu ekosistem yang saling mendukung. Untuk menciptakan sistem pelaporan IKP yang efektif, diperlukan kombinasi antara reformasi struktural, insentif yang adil, dan pembudayaan partisipasi melalui edukasi dan kepemimpinan yang kuat.

4. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan, dapat disimpulkan bahwa sistem pelaporan insiden keselamatan pasien di unit rawat inap RSKP masih menghadapi berbagai kelemahan struktural dan kultural, mulai dari minimnya aksi pelaporan, belum optimalnya pendekatan berbasis sistem (*system-oriented*), hingga lemahnya jaminan perlindungan bagi pelapor dan independensi proses pelaporan. Faktor-faktor penghambat yang

teridentifikasi mencakup lemahnya budaya pelaporan, kepemimpinan yang belum mendukung, kurangnya pemahaman tenaga kesehatan terhadap manfaat pelaporan, serta belum optimalnya pelatihan dan sosialisasi. Meskipun demikian, ditemukan pula faktor-faktor yang tidak sepenuhnya menjadi hambatan, seperti ketakutan terhadap sanksi atau masalah kerahasiaan. Dalam rangka mengatasi hambatan tersebut, penelitian ini merekomendasikan enam prioritas solusi melalui pendekatan AHP, yaitu percepatan dan ketepatan pembayaran jasa pelayanan, pemberian sanksi kepada petugas yang mengabaikan pelaporan, penetapan SPO baku, perombakan manajemen, pelatihan dan sosialisasi IKP secara berkala, serta peningkatan sarana dan prasarana yang mendukung pelaporan insiden keselamatan pasien.

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada manajemen dan seluruh jajaran RSUD dr. H. Kumpulan Pane Kota Tebing Tinggi atas izin dan dukungan yang diberikan selama pelaksanaan penelitian. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada Institut Kesehatan Medistra Lubuk Pakam serta kepada semua pihak yang telah berkontribusi namun tidak dapat disebutkan satu per satu.

DAFTAR PUSTAKA

- [1] WHO. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care*. Geneva: World Health Organization.
- [2]. Klazinga, N. & Slawomirski, L. (2023). *The Economics of Patient Safety*. OECD Health Working Papers.
- [3]. WHO. (2021). *Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical Report and Guidance*. Geneva: World Health Organization.
- [4]. Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien*. Jakarta: Kemenkes RI.
- [5]. Dhamanti, I., Leggat, S., Barraclough, S., & Tjahjono, B. (2019). "Culture of patient safety in hospitals in Indonesia: A systematic review." *International Journal of Health Planning and Management*, 34(3), e1371–e1386.
- [6]. Pramesona, B. A., Sukohar, A., Taneepanichskul, S., & Rasyid, R. (2023). "Factors influencing underreporting of patient safety incidents among nurses in Indonesia." *BMC Nursing*, 22(1), 115.
- [7]. Dhamanti, I., Leggat, S., Barraclough, S., & Rachman, A. (2022). "Patient safety incident reporting in Indonesia: Challenges and policy opportunities." *Health Policy and Planning*, 37(4), 499–507.
- [8]. Tristantia, R. (2018). *Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit*. Yogyakarta: UGM Press.
- [9]. Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Laman Mutu Fasyankes - Monitoring IKP RSUD dr. H. Kumpulan Pane*. Diakses dari: https://mutufasyankes.kemkes.go.id/ikp_rs/monitoring_status
- [10]. Faridah, A., Setyowati, Lestari, Y., & Hariyati, R. T. S. (2021). "Analysis of nurse's perception about patient safety culture in Indonesia: A scoping review." *Journal of Patient Safety*, 17(2), e120–e128.
- [11]. Hwang, J. I., Lee, S. I., & Park, H. A. (2012). "Barriers to the operation of patient safety incident reporting systems in Korean general hospitals." *Healthcare Informatics Research*, 18(4), 279–286.
- [12]. Vincent, C., & Amalberti, R. (2016). *Safer Healthcare: Strategies for the Real World*. Springer Open.
- [13]. Vincent, C., Neale, G., & Woloshynowych, M. (2010). Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ*, 322(7285), 517–519.
- [14]. Tristantia, A. D. (2018). *The Evaluation of Patient Safety Incident Reporting System at a Hospital*. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 6(2), 83–94.
- [15] Lee, W., Kim, J., & Lee, S. (2020). The effect of monetary incentives on patient safety behavior in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(7), 485–491.
- [16] Vincent, C. (2010). *Patient Safety*. 2nd ed. Wiley-Blackwell.
- [17]. Chegini, Z., Kakemam, E., Asghari Jafarabadi, M., & Janati, A. (2020). The impact of patient safety culture and the leader coaching behaviour of nurses on the intention to report errors: A cross-sectional survey. *BMC Nursing*, 19, 89.

- [18]. Collier, S. L., Fitzpatrick, J. J., Siedlecki, S. L., & Dolansky, M. A. (2016). Employee Engagement and a Culture of Safety in the Intensive Care Unit. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 46(1), 49–54.
- [19]. Kessler, O. (2014). Leadership, safety culture and patient safety in hospitals: In search of evidence. *BMC Health Services Research*, 14(Suppl 2), P64.
- [20]. Scott, G., Hogden, A., Taylor, R., & Mauldon, E. (2022). Exploring the impact of employee engagement and patient safety. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(3), mzac059.
- [21]. Dhamanti, I., Leggat, S., Barraclough, S., & Rachman, T. (2022). Factors contributing to under-reporting of patient safety incidents in Indonesia: leaders' perspectives. *F1000Research*, 11:519.
- [22] WHO. (2019). Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. Geneva: World Health Organization.