



**ANALISIS PENYEBAB KETIDAKTEPATAN WAKTU PELAPORAN INSIDEN  
KESELAMATAN PASIENDI RSU BUNDA THAMRIN**

*Analysis Of Cause Of Inaccuracy Of Time Reporting Of Patient Safety Incidents In  
Bunda Thamrin Hospital*

**Dyna Safitri Rakhelmi Rangkuti<sup>1\*</sup>, Mangatas Silaen<sup>2</sup>, Jamaluddin<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Dosen Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat, Institut Kesehatan Hevetia, Medan,  
Indonesia

<sup>2,3</sup>Dosen Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat, Intitut Kesehatan Helvetia, Medan,  
Indonesia

\*Penulis Korespondensi

**Abstrak**

**Pendahuluan** Keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman yang meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan yang berhubungan dengan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden **Tujuan** Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penyebab ketidak tepatan waktu pelaporan insiden keselamatan pasien di RSUD Bunda Thamrin **Metode** Desain penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan pendekatan *study fenomenology*. Informan dalam penelitian ini adalah, Direktur, perawat, ketua KPRS dan *champion* tim KPRS **Hasil** penelitian menunjukkan bahwa ketidak tepatan waktu pelaporan insiden keselamatan pasien di RSUD Bunda Thamrin disebabkan oleh rasa malas dan takut sehingga enggan untuk menuliskan kronologis insiden karena budaya keselamatan pasien yang belum menyeluruh di lingkungan rumah sakit **Kesimpulan** penelitian ini menyatakan bahwa ketidaktepatan waktu pelaporan insiden keselamatan pasien (IKP) disebabkan oleh gagal nya sosialisasi dan edukasi yang dilakukan oleh tim KPRS kepada seluruh karyawan rumah sakit.

**Kata Kunci : Budaya Keselamatan Pasien, Insiden Keselamatan Pasien, Laporan Insiden Keselamatan Pasien**

**Abstract**

**Background** Hospital patient safety is a system in which a hospital makes patient care safer which includes risk assessment, identification and management of patient-related risks, reporting and incident analysis **Objectives** This study aims to analyze the causes of inaccurate patient safety incident reporting at BundaThamrin General Hospital in **Design** of this study is qualitative research using the phenomenology study approach. The informants in this study were, Director, nurse, head of KPRS and champion of KPRS team. The researcher triangulates by comparing and checking the degree of trust of information obtained through different time and tools in qualitative methods. **results** showed that the timeliness of reporting patient safety incidents at Bunda Thamrin General Hospital was caused by feeling lazy and fearful so that they were reluctant to write down the chronology of the incident because the patient's safety culture was not comprehensive in the hospital environment, lack of knowledge of the definition of incident, and time constraints **conclusion** of this study states that inaccurate reporting of patient safety incidents (IKP) is the failure of dissemination and education of patient safety by hospital patient safety teams to all of hospital employees

**Keywords: Culture of patient safety, patient safety incidents, incident reports on patient safety.**

**Korespondensi:** Dyna Safitri Rakhelmi Rangkuti: Institut Kesehatan Helvetia, Jl. Kapten Sumarsono No. 107 Medan, 20124, Indonesia. Email. Dynars.rangkuti@gmail.com

**PENDAHULUAN**

Rumah sakit sebagai pusat kesehatan dituntut untuk mampu memberikan pelayanan

yang komprehensif bagi setiap pasiennya. Pelayanan yang komprehensif adalah berbagai pelayanan yang diberikan rumah sakit kepada pasien tergantung kebutuhan pasien. Pasien membutuhkan pelayanan yang diberikan kepadanya adalah pelayanan yang aman dan tidak terjadi kesalahan. Jaminan mutu pelayanan salah satunya dengan peningkatan keselamatan pasien dari kelalaian dan kesalahan petugas kesehatan.

Keselamatan pasien menjadi isu kesehatan global yang mendunia saat ini. Data WHO pada bulan April 2017 berangkat dari data dunia navigasi, terdapat 1 dari 1 juta penumpang pesawat udara berpotensi mengalami insiden saat didalam pesawat, hal ini dibandingkan di dalam dunia medis bahwa ada 1 dari 300 pasien berpotensi mendapatkan insiden selama berada di tempat pelayanan kesehatan. 10 fakta WHO mengenai keselamatan pasien mengatakan bahwa, 1 dari 10 pasien mengalami insiden saat menerima perawatan di rumah sakit di negara berkembang. Dari 100 pasien rawat inap di rumah sakit, setiap saat dijumpai 7 pasien di negara maju dan 10 pasien di negara berkembang mengalami infeksi terkait pelayanan kesehatan. Berbagai pengalaman dan perspektif orang mengenai keselamatan pasien adalah hal yang sangat penting untuk mencegah terjadinya insiden, serta melihat perkembangan dan mengevaluasi program keselamatan pasien (1).

Data bulan november 1999 dari *institute of medicine* menyebutkan bahwa di Amerika serikat setidaknya 98000 orang meninggal di rumah sakit akibat kesalahan pengobatan (*medical error*) yang seharusnya dapat dicegah. Bahkan kontribusi kesalahan pengobatan di rumah sakit terhadap kematian melampaui ancaman kematian akibat kecelakaan kendaraan bermotor, kanker payudara dan AIDS. Diperkirakan kerugian akibat ini, mencapai 17 – 29 milyar dollar pertahun di wilayah Amerika Serikat (2).

Di Indonesia gerakan keselamatan pasien dimulai tahun 2005 ketika Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI)

membentuk komite keselamatan pasien rumah sakit, kemudian berubah menjadi Institut Keselamatan Pasien Rumah Sakit (IKPRS). Pemerintah mengatur tentang keselamatan pasien di rumah sakit dalam pasal 43 UU no. 44 tahun 2009. Undang – undang ini mewajibkan rumah sakit memberi asuhan kepada pasien dengan lebih aman, termasuk didalamnya assesmen resiko, identifikasi dan manajemen resiko terhadap pasien, pelaporan dan analisa insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi dan meminimalisir timbulnya resiko. Pasal ini mewajibkan rumah sakit menerapkan standar keselamatan pasien (3).

Standar keselamatan pasien dilakukan melalui pelaporan insiden. Pelaporan insiden seperti yang diatur dalam undang-undang ini ditujukan kepada komite yang membidangi keselamatan pasien yang selanjutnya diatur dalam peraturan menteri kesehatan No. 1691 tahun 2011. Dalam pasal 6 permenkes No.1691 tahun 2011 ini dikatakan bahwa rumah sakit wajib membentuk timkeselamatan pasien rumah sakit (KPRS) yang ditetapkan oleh kepala rumah sakit sebagai pelaksana kegiatan keselamatan pasien, selanjutnya tim KPRS ini mengembangkan program keselamatan pasien sesuai dengan kekhususan rumah sakit tersebut, dan menyusun kebijakan dan prosedur terkait keselamatan pasien. Dalam permenkes ini pada pasal 12 mengatakan bahwa pelaporan internal insiden kepada tim KPRS paling lambat 2x24 jam (4).

Laporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) di Indonesia tahun 2007 berdasarkan provinsi menyatakan bahwa ada 145 insiden yang dilaporkan, kasus tersebut terjadi di wilayah Jakarta sebesar 37,9%, Jawa Tengah 15,9%, DI Yogyakarta 13,8%, Jawa Timur 11,7%, Sumatra Selatan 6,9%, Jawa Barat 2,8%, Bali 1,4%, Sulawesi Selatan 0,69% dan Aceh 0,68% (5).

Pelaporan insiden keselamatan pasien adalah jantung dari mutu pelayanan, yang merupakan bagian penting dalam proses belajar dan pembenahan ke dalam, peremajaan,

revisi dari kebijakan, termasuk standar prosedur operasional (SPO) dan panduan yang ada. Rendahnya pelaporan insiden mendorong pentingnya kajian faktor penyebab rendahnya pelaporan insiden keselamatan pasien.

Gunawan melakukan penelitian di RS X Malang, hasil penelitiannya menyatakan bahwa penyebab rendahnya angka pelaporan IKP adalah kurangnya pemahaman petugas tentang IKP yang disebabkan oleh ketakutan petugas terhadap konsekuensi yang diterima petugas ketika melaporkan IKP. Kondisi ini berdampak pada rendahnya angka pelaporan IKP. Laporan IKP yang tidak adekuat menyebabkan hilangnya kesempatan rumah sakit melakukan identifikasi faktor resiko dan perbaikan sistem pelayanan yang menuju kepada keselamatan pasien (5).

Hasil penelitian Heru Iskandar di RS X di Jawa Timur menyatakan terdapat 7 akar masalah pokok penyebab rendahnya laporan IKP kepada tim KPRS, yaitu : takut disalahkan oleh karena budaya patient safety belum menyeluruh keseluruhan rumah sakit, komitmen kurang dari manajemen atau unit terkait, tidak adanya reward dari rumah sakit jika melaporkan, tidak tahu batasan mana atau apa yang dilaporkan, sosialisasi IKP kurang maksimal, belum ikut pelatihan dan sosialisasi komisi keselamatan pasien rumah sakit kurang aktif (6).

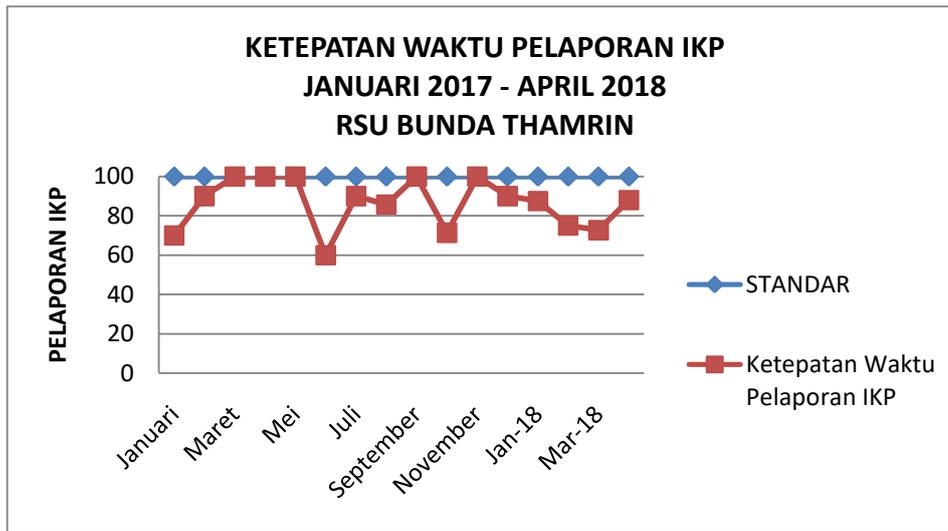
Dari hasil survei awal yang dilakukan peneliti, RSUD Bunda Thamrin adalah salah satu rumah sakit swasta tipe C di medan yang telah lulus akreditasi secara paripurna oleh komite akreditasi rumah sakit (KARS). Sebagai salah satu rumah sakit swasta terbaik di Medan, RSUD Bunda Thamrin telah memiliki tim KPRS sejak tahun 2016. Tim ini sudah memiliki program dan prosedur terkait keselamatan pasien di RSUD Bunda Thamrin. Tim KPRS juga sudah memiliki struktur organisasi yang cukup baik dan telah melaksanakan sosialisasi kepada seluruh unit di RSUD Bunda Thamrin terkait keselamatan pasien. Tim KPRS RSUD Bunda Thamrin memberi waktu selama 2x24 jam sejak terjadinya insiden untuk pelaporan sesuai

dengan permenkes No 1691 tahun 2011. Pelaporan insiden kepada tim KPRS disini sifatnya bukan untuk menghakimi dan mencari kesalahan, namun bersifat pembelajaran terhadap suatu kejadian agar kejadian tersebut tidak terjadi dikemudian hari (7).

Hasil wawancara peneliti dengan salah satu anggota tim KPRS sepanjang tahun 2017 terdapat 97 laporan IKP yang masuk kepada tim KPRS RSUD Bunda Thamrin, dari 97 laporan ini terdapat 11,5% KPC, 10,31% KNC, 64,9% KTC, 8,2% KTD dan sentinel 0% dengan angka rata-rata ketepatan waktu pelaporan IKP hanya sebesar 88%. Tahun 2018 sampai pada bulan April, ada sebanyak 36 laporan insiden yang terjadi dan hanya sebesar 81% dari seluruh laporan insiden tersebut yang tepat waktu. Bila dilihat dari tren pelaporan IKP kepada tim KPRS maka ketepatan waktu pelaporan IKP berfluktuasi sepanjang tahun 2017 dan pertengahan 2018. Dari data insiden yang ada selama peneliti melakukan survei awal, dapat dilihat bahwa insiden dengan jenis KTC memiliki tingkat kejadian paling banyak terjadi diantara kejadian insiden yang lainnya yaitu sebanyak 84 kejadian, disusul KNC dengan 15 kejadian, KTD 15 kejadian, dan KPC sebanyak 14 kejadian. Menurut peneliti kondisi ini perlu mendapatkan perhatian dan pengkajian secara obyektif, karena data IKP sangat bermanfaat untuk melakukan evaluasi dan perbaikan sistem pelayanan yang berbasis keselamatan pasien. Melihat angka pelaporan KPC yang sangat kecil, hal ini perlu dicari tahu penyebabnya karena dari insiden yang berpotensi menjadi cedera kita dapat meminimalkan insiden yang lebih berat lagi nantinya. Angka pelaporan KTD yang kecil juga menjadi tanda tanya besar, karena laporan insiden ini berguna untuk membangun sistem yang lebih baik lagi untuk meminimalisir kejadian insiden berulang dikemudian hari. (8) Pelaporan IKP adalah salah satu langkah dan syarat untuk membangun budaya keselamatan pasien. Pelaporan yang baik akan memberikan dukungan positif terhadap upaya-upaya identifikasi resiko insiden yang menyebabkan ancaman keselamatan pasien. Pelaporan yang

baik juga akan memberikan respon positif untuk membangun sistem pelayanan yang

berorientasi pada keselamatan pasien dengan mendasarkan pada *evidence based* (9).



Gambar 1.1 Ketepatan Waktu Pelaporan IKP Januari 2017-April 2018 (sumber :KPRS RSU Bunda Thamrin )

Tabel 1.1 Pelaporan Insiden Januari 2017 - April 2018 ( sumber : KPRS RSU Bunda Thamrin)

BULAN PELAPORAN	JENIS INSIDEN					JUMLAH
	KPC	KNC	KTC	KTD	SENTINEL	
Januari 2017	0	3	5	1	0	9
Februari 2017	3	3	3	0	0	9
Maret 2017	0	1	6	0	0	7
April 2017	0	0	5	0	0	5
Mei 2017	1	0	5	1	0	7
Juni 2017	0	1	3	1	0	5
Juli 2017	0	0	9	1	0	10
Agustus 2017	2	2	9	1	0	14
September 2017	2	0	3	1	0	6
Oktober 2017	0	0	7	0	0	7
November 2017	2	0	1	0	0	3
Desember 2017	1	0	7	2	0	10
Januari 2018	1	3	3	1	0	8
Februari 2018	0	0	7	1	0	8
Maret 2018	2	2	4	3	0	11
April 2018	0	0	7	2	0	9

Salah satu tujuan budaya keselamatan pasien adalah membangun sistem yang memungkinkan mencegah terjadinya insiden berulang. Peran manajemen rumah sakit untuk membuat sistem pelayanan yang mempertimbangkan *evidence based* yang

diperoleh dari data pelaporan dan umpan balik serta rekomendasi komite KPRS sangat perlu dilakukan. Kondisi ini akan membuat semua staf rumah sakit merasakan adanya dukungan manajemen dalam pelaksanaan budaya keselamatan pasien. Peran manajemen rumah

sakit untuk memberikan solusi terhadap akar masalah utama perlu dilakukan. Pelaporan IKP yang baik merupakan salah satu syarat terwujudnya budaya keselamatan pasien (10).

Dengan adanya data insiden, yang menunjukkan angka KTD yang paling banyak terjadi, tentunya pihak manajemen RSUD Bunda Thamrin khususnya tim KPRS ingin membangun budaya keselamatan pasien yang lebih baik lagi dengan belajar dari insiden yang telah terjadi sehingga dapat membangun sistem yang lebih baik lagi sehingga mencegah terulangnya insiden yang sama dikemudian hari (11).

Bagi RSUD Bunda Thamrin dampak ketidaktepatan pelaporan ini selanjutnya akan menurunkan mutu rumah sakit, karena akan ada insiden keselamatan pasien yang tidak diinvestigasi akar penyebabnya yang akan memiliki potensi yang cukup besar terulangnya kembali insiden tersebut.

Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis penyebab ketidaktepatan waktu pelaporan insiden keselamatan pasien kepada tim KPRS RSUD Bunda Thamrin

### METODE

Desain penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan *study fenomenology*. Penelitian kualitatif merupakan penelitian yang pada umumnya menjelaskan dan memberi pemahaman dan interpretasi tentang berbagai perilaku dan pengalaman manusia

(individu) dalam berbagai bentuk. Peneliti mengambil metode kualitatif karena penelitian ini dilakukan pada kondisi alamiah (*natural setting*), dimana peneliti sebagai instrumen kunci, menggunakan data yang pasti dan untuk mendapatkan data yang mendalam karena setiap orang mempunyai pengalaman yang berbeda (12). Tujuan study fenomenology, mendeskripsikan, menginterpretasikan, dan menganalisa data secara mendalam, lengkap dan terstruktur untuk memperoleh inti sari (*essence*) pengalaman hidup individu membentuk kesatuan makna atau arti dari pengalaman hidup tersebut dalam bentuk narasi, cerita dan bahasa/perkataan masing-masing individu (13).

Penelitian deskriptif kualitatif bertujuan untuk menggambarkan, melukiskan, menerangkan, menjelaskan dan menjawab secara lebih rinci permasalahan yang akan diteliti dengan mempelajari semaksimal mungkin seorang individu, suatu kelompok atau suatu kejadian. Pendekatan deskriptif fenomenology juga dinilai peneliti dapat menjelaskan fokus permasalahan bagaimana ketepatan waktu pelaporan insiden keselamatan pasien di RSUD Bunda Thamrin.

### HASIL

#### Karakteristik Informan

Informan dalam penelitian ini terdiri dari Direktur RSUD Bunda Thamrin, Ketua Tim KPRS dan 1 orang Champion Tim KPRS. Karakteristik informan dapat dilihat pada tabel 1

**Tabel 1 Distribusi Informan Berdasarkan Karakteristik**

<i>Stakeholders</i>	Jenis Kelamin	Umur	Pendidikan
Champion Tim KPRS	Perempuan	30	Profesi Ners
Champion Tim KPRS	Perempuan	29	Profesi Ners
Perawat	Perempuan	37	D3 Keperawatan
Perawat	Perempuan	33	Profesi Ners
Direktur RSUD Bunda Thamrin	Perempuan	51	S-2 Administrasi Rumah Sakit
Ketua Tim KPRS	Perempuan	42	S-2 Keperawatan

### PEMBAHASAN

#### Waktu Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien

Pelaporan insiden keselamatan pasien di RSUD Bunda Thamrin masih belum tepat waktu sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1691/ Menkes/

Per/VIII/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Dari data, sampai bulan Agustus tahun 2018 rata – rata ketepatan waktu laporan insiden keselamatan pasien adalah 93,29%.

Regulasi mengenai defenisi dan waktu pelaporan insiden keselamatan pasien di RSUD

Bunda Thamrin tertuang dalam kebijakan direktur RSUD Bunda Thamrin No. 09/INT/SK/DIR/RSUBT/0216. Dalam poin ke 8 (delapan) disebutkan bahwa waktu pelaporan insiden keselamatan pasien kepada tim KPRS paling lama 2x24 jam beserta tabel assesmen risiko. Namun, implementasi dilapangan tidak sesuai dengan regulasi yang ada, hal ini terlihat dari adanya laporan insiden keselamatan pasien yang tidak sesuai dengan batas waktu yang telah diberikan.

Dari keterangan yang didapat dari champion dan ketua tim KPRS, ketidaktepatan waktu pelaporan insiden keselamatan pasien ini disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu : kurangnya pengetahuan ataupun pemahaman tentang insiden keselamatan pasien termasuk cara pelaporan insiden sehingga penemu insiden merasa takut untuk menuliskan kronologis, kurangnya pengetahuan ataupun pemahaman tentang defenisi insiden ataupun jenis-jenis insiden yang harus dilaporkan, keterbatasan waktu karena banyaknya pekerjaan dan rasa malas melaporkan yang disebabkan oleh budaya keselamatan pasien yang masih kurang (14).

Perilaku karyawan rumah sakit yang tidak tepat melaporkan insiden keselamatan pasien bila dikaitkan dengan teori Lawrence Green dalam buku Notoatmodjo, dikatakan bahwa perilaku manusia dibentuk atau ditentukan oleh 3 faktor yaitu :

Faktor Predisposisi, Pendukung, Pendorong yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai – nilai dan sebagainya

Maka, perilaku karyawan rumah sakit yang tidak tepat waktu dalam melaporkan insiden keselamatan pasien dipengaruhi oleh 3 faktor yaitu : Faktor predisposisi, Sikap, Motivasi

Kurangnya pengetahuan karyawan dalam memahami defenisi insiden dan jenis-jenis insiden yang harus dilaporkan sebagai kejadian insiden keselamatan pasien (15). Kurangnya pengetahuan karyawan ini terlihat dari beberapa laporan insiden keselamatan pasien yang terlambat dilaporkan disebabkan

oleh kejadian insiden tersebut tidak dikenali oleh karyawan di unit yang bersangkutan, setelah manajemen rumah sakit atau pihak lain mengetahui terlebih dahulu kejadian tersebut adalah suatu insiden keselamatan pasien barulah unit terkait tersebut membuat laporan insiden keselamatan pasien (16). Hal ini sejalan dengan temuan peneliti saat melakukan penelitian yaitu ditemukan adanya pasien terkena *phlebitis* selama mendapat perawatan di RSUD Bunda Thamrin, namun tidak ada laporan mengenai insiden tersebut kepada tim KPRS. Kejadian *phlebitis* ini justru diketahui oleh IPCN (*infection prevention control nurse*) pada saat melakukan ronde di ruang perawatan. Berangkat dari hal ini, kemudian peneliti mencari tahu penyebab ketidaksesuaian data, dan diketahui bahwa karyawan rumah sakit khususnya perawat belum sepenuhnya paham akan defenisi insiden dan kejadian apa yang harus dilaporkan sebagai insiden. Ketidaktahuan akan defenisi insiden ini menyebabkan kejadian tersebut terlambat untuk dilaporkan. Hal ini sesuai dengan hasil wawancara peneliti dengan informan dimana karyawan rumah sakit masih kurang paham mengenai defenisi insiden. Kurangnya pengetahuan juga menyebabkan karyawan rumah sakit takut untuk menulis kronologis kejadian insiden (17). Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti, rasa takut menulis insiden ini disebabkan karena karyawan tidak tahu bagaimana mengisi formulir laporan insiden dan bagaimana cara menulis kronologis kejadian insiden tersebut, sehingga karyawan rumah sakit memilih untuk tidak melaporkan kejadian insiden. Pengetahuan karyawan rumah sakit mengenai defenisi insiden, prosedur pelaporan insiden dan petunjuk teknis pengisian formulir laporan insiden keselamatan pasien diperoleh karyawan dari sosialisasi dan edukasi yang dilakukan oleh tim KPRS. Kurangnya pengetahuan karyawan rumah sakit mengenai defenisi insiden, prosedur pelaporan insiden dan petunjuk pengisian formulir laporan insiden membuktikan bahwa tim KPRS telah gagal melakukan sosialisasi dan edukasi

insiden keselamatan pasien kepada karyawan rumah sakit (18).

Sikap karyawan rumah sakit yang tidak tepat waktu dalam memberi laporan insiden keselamatan pasien didasari oleh rasa malas. Sifat malas melaporkan insiden keselamatan pasien dipicu oleh nilai-nilai atau budaya keselamatan pasien yang belum menyeluruh di lingkungan rumah sakit. Budaya keselamatan pasien yang belum menyeluruh tersebut dipicu oleh gagalnya sosialisasi dan edukasi oleh tim KPRS sehingga sosialisasi dan edukasi keselamatan pasien perlu ditingkatkan lagi pelaksanaannya kepada seluruh karyawan rumah sakit.

Motivasi yang kurang dari dalam diri karyawan menyebabkan pelaporan insiden keselamatan pasien tidak tepat waktu. Motivasi yang kurang ini menjadi bagian dari kurangnya budaya keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit (14).

Faktor pendukung perilaku karyawan tidak tepat waktu melaporkan insiden keselamatan adalah kurangnya dukungan tim kerja. Kurangnya dukungan tim kerja menyebabkan karyawan tersebut tidak tepat waktu melaporkan insiden keselamatan pasien. Hal ini dapat dilihat dari keterbatasan waktu karena kesibukan bekerja menjadi alasan karyawan tersebut tidak tepat waktu dalam melaporkan insiden keselamatan pasien. Keterbatasan waktu bekerja dilihat dari dalam satu shift jaga, seorang perawat melakukan asuhan keperawatan terhadap 6-8 orang pasien, dimana idealnya sekitar 4 orang pasien. Sehingga kesibukan dalam bekerja ini menjadi salah satu alasan perawat terlambat atau tidak melaporkan insiden keselamatan pasien (19).

Faktor Penguat peran KPRS yang belum maksimal dalam melakukan sosialisasi dan edukasi mengenai keselamatan pasien kepada seluruh karyawan rumah sakit menyebabkan ketidaktepatan waktu laporan insiden keselamatan pasien. Namun peran KPRS dinilai aktif dalam melakukan tindak lanjut setiap laporan insiden, hal ini terbukti dari adanya tindak lanjut dari seluruh laporan insiden keselamatan (20).

Ketiga faktor tersebut diatas saling berhubungan dan membentuk perilaku karyawan rumah sakit tidak tepat waktu pelaporan insiden keselamatan pasien. Bila dikaitkan perilaku karyawan rumah sakit yang tidak tepat waktu dalam melaporkan insiden keselamatan pasien dengan teori SOR (stimulus-organ-respon) yang dikemukakan oleh Skinner dalam buku *notoatmodjo* dinyatakan bahwa perilaku merupakan respon atau reaksi dari stimulus atau rangsang dari luar maka stimulus/rangsang dari tim KPRS yang belum maksimal menyebabkan perilaku/reaksi karyawan rumah sakit tidak tepat waktu dalam melaporkan insiden keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan kegagalan sosialisasi dan edukasi oleh tim KPRS kepada seluruh karyawan rumah sakit sehingga pengetahuan karyawan kurang tentang keselamatan pasien dan budaya keselamatan pasien yang belum menyeluruh di lingkungan rumah sakit (20).

### **Kebijakan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien**

RSU Bunda Thamrin mendukung sepenuhnya program keselamatan pasien. Hal ini dapat dilihat dengan terbentuknya tim KPRS sejak tahun 2016 sesuai peraturan menteri kesehatan yang disesuaikan dengan keadaan rumah sakit. RSU Bunda Thamrin juga sudah memiliki kebijakan dan prosedur mengenai keselamatan pasien (1) Pelaporan insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut pelaporan insiden adalah suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran. Insiden Keselamatan Pasien (IKP) adalah setiap kejadian atau situasi yang dapat mengakibatkan / berpotensi mengakibatkan haram (penyakit, cedera, cacat, kematian dll) yang tidak seharusnya terjadi (KKP-RS). Insiden Keselamatan pasien terdiri dari :

Kondisi Potensial Cidera (KPC), Cidera (KNC) adalah suatu kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden. Kejadian Tidak Cidera (KTC), adalah suatu insiden yang sudah

terpapar ke pasien tetapi tidak timbul cedera, kejadian Tidak Diharapkan (KTD), adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien, kejadian Sentinel adalah KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

Tujuan pelaporan insiden adalah menurunkan insiden dan mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dan tidak untuk menyalahkan orang (*non blaming*). Insiden keselamatan pasien harus dilaporkan kepada tim KPRS paling lambat 2x24 jam beserta tabel assesmen resiko (21).

Dalam kebijakan direktur RSUD Bunda Thamrin dan standar prosedur operasional tentang keselamatan pasien dikatakan bahwa pelaporan insiden dilakukan paling lama 2x24 jam sejak terjadinya insiden, pelaporan dilakukan oleh penemu insiden pertama sekali dan prosedur pelaporan insiden. (12) Akan tetapi kenyataan yang terjadi adalah karyawan rumah sakit tidak tepat waktu dalam melaporkan insiden keselamatan pasien, dimana hal ini tidak sesuai dengan regulasi yang ada di RSUD Bunda Thamrin.

### **Prosedur Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien**

Prosedur ataupun langkah – langkah pelaporan insiden keselamatan pasien adalah sebagai berikut : Setiap staf rumah sakit yang pertama menemukan mengetahui, menemukan adanya insiden, melapor melakukan assesmen grading resiko, unit kerja bersama tim KPRS melakukan investigasi, bila pita resiko berwarna biru atau hijau maka insiden harus diselesaikan dalam waktu maksimal 1 minggu sejak dibuatnya laporan insiden, Tim keselamatan pasien, manajemen resiko dan mutu akan melakukan investigasi secara menyeluruh, dan bila pita resiko berwarna kuning atau merah, insiden harus selesai dalam waktu 45 hari sejak dibuatnya laporan insiden. Hasil investigasi dengan pita berwarna kuning atau merah akan diberikan kepada direktur dalam bentuk rekomendasi dan diberikan *feedback* kepada unit kerja terkait untuk perbaikan (22).

Prosedur pelaporan ini sesuai dengan peraturan menteri kesehatan dan dapat dikatakan ini adalah prosedur baku dari institut keselamatan pasien rumah sakit, hanya saja pelaksanaan yang terjadi dilapangan tidak sesuai dengan standar prosedur yang ada.

Berdasarkan hasil wawancara peneliti dengan informan dan hasil observasi peneliti didapatkan bahwa informan mengetahui prosedur pelaporan insiden hanya saja mereka kurang mengerti atau kurang paham saat menuliskan kronologis dan laporan insiden. Sosialisasi petunjuk teknis cara pengisian formulir laporan insiden keselamatan pasien juga sudah disosialisasikan oleh tim KPRS namun hal ini dinilai gagal karena masih ada karyawan rumah sakit yang belum paham menuliskan laporan insiden. Hal ini juga sejalan dengan hasil wawancara dengan Champion tim KPRS yang mengatakan banyak karyawan yang masih belum paham cara pengisian formulir insiden keselamatan pasien.

### **Peran Karyawan Rumah Sakit**

Peran karyawan rumah sakit adalah melaporkan setiap insiden yang ditemukannya, untuk melaporkan insiden diperlukan pengetahuan yang cukup tentang keselamatan pasien dan budaya keselamatan pasien. Karyawan rumah sakit yang melaporkan insiden adalah seluruh karyawan rumah sakit baik medis ataupun non medis yang pertama kali menemukan insiden ataupun sebagai pelaku insiden tersebut sesuai dengan kebijakan dan prosedur pelaporan insiden di RSUD Bunda Thamrin (6) Sampai saat ini, peran karyawan rumah sakit kurang aktif dalam kegiatan pelaporan insiden, hal ini dapat kita lihat dari waktu pelaporan insiden keselamatan pasien sepanjang tahun 2017 – 2018 dan laporan insiden hanya berasal dari perawat saja. Dari data tim KPRS juga didapati bahwa sebagian besar laporan insiden tersebut dilaporkan oleh perawat, karyawan rumah sakit non medis dan dokter belum pernah melaporkan insiden (22). Hal ini menjadi bukti bahwa seluruh karyawan belum berperan aktif dalam melaporkan insiden, yang

selanjutnya hal ini menyatakan bahwa keselamatan pasien belum membudaya di RSUD Bunda Thamrin dan pengetahuan yang kurang tentang keselamatan pasien.

Anggapan bahwa hanya perawat yang berkewajiban dalam melaporkan insiden keselamatan pasien juga menjadi bukti kurangnya budaya dan pengetahuan keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit (23)

Penyebab kurangnya budaya dan pengetahuan keselamatan pasien disebabkan oleh sosialisasi dan edukasi yang belum maksimal dilakukan oleh tim KPRS.

### **Motivasi**

Pelaporan insiden keselamatan pasien adalah salah satu kunci keberhasilan pelaksanaan budaya keselamatan pasien. Pelaporan insiden yang dilakukan paling lama 2x24 jam setelah insiden ditemukan sesuai dengan peraturan menteri kesehatan dinilai mampu sebagai pembelajaran bersama agar insiden yang sama tidak terulang kembali. Dari uraian diatas dapat kita lihat pentingnya pelaporan insiden, dan agar kita mendapat pembelajaran yang banyak dari insiden diperlukan laporan insiden yang banyak, dan laporan insiden yang banyak memerlukan motivasi yang tinggi dari setiap karyawan rumah sakit untuk melaporkan insiden yang ditemuinya (8).

Dari hasil wawancara dan observasi dapat dikatakan bahwa motivasi karyawan rumah sakit kurang dalam melaporkan insiden keselamatan pasien, baik motivasi dari dalam diri karyawan itu sendiri maupun motivasi dari luar. Kurangnya motivasi dari dalam diri karyawan dapat disebabkan oleh kurangnya pengetahuan mengenai insiden keselamatan pasien sehingga mereka memiliki rasa takut menuliskan kronologis laporan insiden. Perlu difikirkan alternatif memberikan motivasi dari luar sehingga karyawan rumah sakit termotivasi dalam melaporkan insiden, misalnya pemberian reward kepada karyawan yang paling aktif dalam melaporkan insiden (24).

### **Kendala**

Kendala yang ditemukan di RSUD Bunda Thamrin sebagai penyebab ketidaktepatan waktu pelaporan insiden keselamatan pasien adalah kurangnya pengetahuan karyawan RSUD Bunda Thamrin tentang keselamatan pasien, budaya keselamatan pasien yang belum menyeluruh di lingkungan rumah sakit dan adanya keterbatasan waktu karena kesibukan dalam pekerjaan. Hal ini dapat dilihat dari kurangnya pengetahuan sehingga adanya rasa takut untuk menuliskan kronologis kejadian insiden sehingga laporan insiden terlambat masuk kepada tim KPRS, ketidaktahuan akan definisi insiden sehingga mereka tidak tahu kejadian apa yang harus dilaporkan. Kurangnya budaya keselamatan pasien di lingkungan rumah sakit terlihat dari rasa malas karyawan untuk melaporkan insiden, kurangnya peran aktif atau motivasi karyawan dalam melaporkan insiden terlihat dari laporan insiden yang hanya berasal dari perawat saja.

### **KESIMPULAN**

Manajemen RSUD Bunda Thamrin mendukung sepenuhnya program keselamatan pasien terbukti dengan dibentuknya tim KPRS, adanya kebijakan dan prosedur keselamatan pasien, dan diberikan fasilitas yang menunjang kinerja tim KPRS

### **SARAN**

Bagi Manajemen Rumah Sakit dan tim KPRS Penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan untuk melakukan perbaikan dalam sistem keselamatan pasien. Perbaikan dalam sistem keselamatan pasien dengan melakukan sosialisasi dan edukasi keselamatan pasien lebih sering lagi menjadi 6 bulan sekali kepada seluruh karyawan rumah sakit. Dengan melakukan sosialisasi dan edukasi yang lebih sering diharapkan pengetahuan seluruh karyawan meningkat tentang keselamatan pasien dan budaya keselamatan pasien menyeluruh di lingkungan rumah sakit. Setelah melakukan sosialisasi dan edukasi selanjutnya

tim KPRS melakukan kontrol terhadap hasil dari sosialisasi dan edukasi tersebut.

#### UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti Ucapkan Terima kasih kepada pimpinan RSUD Bunda Thambri yang telah memberikan kesempatan kepada peneliti untuk melakukan penelitian ini dan tidak lupa peneliti ucapkan terima kasih kepada seluruh pegawai RSUD Bunda Thambri yang telah memberikan motivasi serta dukungannya.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Iskandar H, Maksum H, Studi P, Manajemen M, Sakit R, Kedokteran F, et al. Faktor Penyebab Penurunan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit Factors Influencing Low Hospital Patient Safety Incident Reporting. 28(1):72-7.
2. T e i h : 1999;(November).
3. Herkutanto H. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit. J Manaj Pelayanan Kesehat. 2009;12(03).
4. Kesehatan D. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 903/Menkes. Per; 2011.
5. Gunawan, Fajar Yuli Widodo TH. Analisis Rendahnya Laporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. J Kedokt Brawijaya, [Internet]. 2015;28(2):206-13. Available from: [jkb.ub.ac.id/index.php/jkb/article/download/962/479](http://jkb.ub.ac.id/index.php/jkb/article/download/962/479)
6. Iskandar H, Maksum H, Nafisah N. Faktor Penyebab Penurunan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien Rumah Sakit. J Kedokt Brawijaya. 2014;28(1):72-7.
7. Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ, Berry JG. Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. Med J Aust. Sydney, Australia: Australian Medical Association, 1914-; 2004;181(1):36-9.
8. Tamuz M, Thomas EJ, Franchois KE. Defining and classifying medical error: lessons for patient safety reporting systems. BMJ Qual Saf. BMJ Publishing Group Ltd; 2004;13(1):13-20.
9. Lawton R, Parker D. Barriers to incident reporting in a healthcare system. BMJ Qual Saf. BMJ Publishing Group Ltd; 2002;11(1):15-8.
10. Sari AB-A, Sheldon TA, Cracknell A, Turnbull A. Sensitivity of routine system for reporting patient safety incidents in an NHS hospital: retrospective patient case note review. Bmj. British Medical Journal Publishing Group; 2007;334(7584):79.
11. Mahajan RP. Critical incident reporting and learning. Br J Anaesth. 2010;105(1):69-75.
12. Kousgaard MB, Joensen AS, Thorsen T. Reasons for not reporting patient safety incidents in general practice: a qualitative study. Scand J Prim Health Care. Taylor & Francis; 2012 ; 30(4):199-205.
13. Pham JC, Girard T, Pronovost PJ. What to do with healthcare incident reporting systems. J Public health Res. PAGEPress; 2013;2(3).
14. Pfeiffer Y, Manser T, Wehner T. Conceptualising barriers to incident reporting: a psychological framework. Qual Saf Heal Care. BMJ Publishing Group Ltd; 2010;19(6):e60-e60.
15. Waring JJ. A qualitative study of the intra-hospital variations in incident reporting. Int J Qual Heal Care. Oxford University Press; 2004;16(5):347-52.
16. Weissman JS, Annas CL, Epstein AM, Schneider EC, Clarridge B, Kirle L, et al. Error reporting and disclosure systems: views from hospital leaders. Jama. American Medical Association; 2005;293(11):1359-66.
17. Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient? BMJ Qual Saf. BMJ Publishing Group Ltd; 2002;11(1):76-80.
18. Vincent CA. Analysis of clinical incidents: a window on the system not a search for root causes. BMJ Publishing Group Ltd; 2004.
19. Hutchinson A, Young TA, Cooper KL, McIntosh A, Karnon JD, Scobie S, et al. Trends in healthcare incident reporting and relationship to safety and quality data in acute hospitals: results from the National Reporting and Learning System. BMJ Qual Saf. BMJ Publishing Group Ltd; 2009;18(1):5-10.
20. Arora V, Johnson J, Lovinger D,

- Humphrey HJ, Meltzer DO. Communication failures in patient sign-out and suggestions for improvement: a critical incident analysis. *BMJ Qual Saf.* BMJ Publishing Group Ltd; 2005;14(6):401-7.
21. Taylor JA, Brownstein D, Christakis DA, Blackburn S, Strandjord TP, Klein EJ, et al. Use of incident reports by physicians and nurses to document medical errors in pediatric patients. *Pediatrics.* Am Acad Pediatrics; 2004;114(3):729-35.
  22. Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ, Li JM, Aronson MD, Davis RB, et al. What can hospitalized patients tell us about adverse events? Learning from patient-reported incidents. *J Gen Intern Med.* Wiley Online Library; 2005;20(9):830-6.
  23. Shojanian KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM, Markowitz AJ. Making health care safer: a critical analysis of patient safety practices. *Evid Rep Technol Assess.* 2001;43(1):668.
  24. Najihah N. Budaya Keselamatan Pasien Dan Insiden Keselamatan Pasien Di Rumah Sakit: Literature Review. *J Islam Nurs.* 2018;3(1):1-8.