

**Analisis Persepsi Petugas RSPG Cisarua Bogor Tidak Melapor Insiden Keselamatan Pasien***Analyze Perception Healthcare Worker's in RSPG Cisarua Bogor Not Reporting Patient Safety Incident*Arifah Alfyyah<sup>1\*</sup>, Robiana Modjo<sup>2</sup><sup>1</sup>Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia| [arifah.alfyyah21@ui.ac.id](mailto:arifah.alfyyah21@ui.ac.id)<sup>2</sup>Departemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia| [bian@ui.ac.id](mailto:bian@ui.ac.id)\*Korespondensi Penulis: [arifah.alfyyah21@ui.ac.id](mailto:arifah.alfyyah21@ui.ac.id)**Abstrak**

**Latar belakang:** Fasilitas layanan kesehatan wajib melakukan peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara internal maupun eksternal secara terus-menerus dan berkesinambungan. Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) merupakan upaya dalam peningkatan mutu layanan kesehatan. Rumah Sakit Paru M. Goenawan (RSPG) Cisarua Bogor memiliki pelaporan IKP yang rendah berdasarkan data laporan tahun 2021 hingga triwulan tiga 2023.

**Tujuan:** Menganalisis persepsi petugas di RSPG Cisarua Bogor yang menyebabkan tidak melakukan pelaporan IKP kepada tim komite mutu rumah sakit.

**Metode:** Penelitian ini menggunakan desain studi *mixed-method sequential explanatory* dengan melakukan tahap pertama melalui survei kepada 45 responden petugas yang melakukan pelayanan langsung kepada pasien mengenai penyebab enggan melapor IKP. Tahap kedua melalui wawancara mendalam kepada 8 petugas mengenai alasan tidak melapor IKP.

**Hasil:** Penelitian ini menunjukkan bahwa persepsi penyebab dengan persentase tertinggi ada pada petugas kesehatan tidak melapor IKP takut akan disipliner, merasa tidak adanya anonimitas pelapor dan kerahasiaan tidak terjaga, dan memakan banyak waktu dalam pembuatan pelaporan. Pelaporan IKP di rumah sakit menggunakan formulir kertas secara tertulis dan diserahkan kepada tim komite mutu keselamatan pasien. Saat proses evaluasi petugas kesehatan merasa tim komite mutu masih kurang dalam anonimitas ruangan terjadinya insiden.

**Kesimpulan:** Pelaporan menggunakan kertas membuat pelapor merasa menambah beban kerja. Perlu adanya sosialisasi secara berkala mengenai jenis insiden yang harus dilaporkan dan komitmen manajemen tidak adanya budaya menyalahkan. Adanya perubahan dalam pelaporan IKP secara elektronik dapat memudahkan pelaporan.

**Kata Kunci:** Insiden Keselamatan Pasien; Pelaporan; Mutu; Pelayanan Kesehatan; Rumah Sakit

**Abstract**

**Introduction:** Hospital obligated to improve the quality of health care both internally and externally continuously. The Patient Safety Incidents (PSIs) reporting system is one of the tools to improve the quality of healthcare services. The number of reporting PSIs at Respiratory M. Goenawan Hospital Cisarua Bogor each year has remained low.

**Objective:** The purpose of this study to analyze perception of healthcare workers about the reasons not reporting the PSIs to Quality Assurance Committee in hospital.

**Method:** The study uses the design of a *mixed-method sequential explanatory* study by conducting the first phase through a survey of 45 respondents officers on the reasons for refusal to report PSIs.. The second phase is through in-depth interviews to eight health workers on the perception of not reporting PSIs and to two quality assurance committee officers.

**Result:** This research shows that the perception of cause with the highest percentage exists in health workers who do not report PSIs fears of disciplinary, feel the absence of anonymous report and unawakened confidentiality, and take a lot of time in reporting. The PSIs report in the hospital uses paper forms in writing and submitted to the patient safety quality assurance committee team.

**Conclusion:** Reporting on paper makes healthcare workers feel an additional burden of work. There is a need for regular socialization of the type of incidents to be reported and a commitment from management with no blaming culture. Changes in the electronic reporting of PSIs can make reporting easier.

**Keywords:** Patient Safety Incidents; Reporting; Quality Assurance; Health care; Hospital

## PENDAHULUAN

Rumah sakit sebagai jasa penyedia layanan kesehatan hal mendasar yang harus dipenuhi ialah keselamatan pasien. Kejadian yang buruk, kesalahan yang dilakukan dan risiko yang berkaitan dengan layanan kesehatan dapat dihindari dan menjadi sebuah tantangan bagi institusi rumah sakit (1). Pelayanan rawat di rumah sakit dari 134 juta insiden mengakibatkan 2,6 juta kematian akibat perawatan yang tidak sesuai (2). Setiap insiden yang terjadi dilaporkan untuk dilakukan peninjauan dan analisis oleh tim khusus keselamatan pasien (3). Dikarenakan rumah sakit ditemukan lebih banyak kejadian insiden dibandingkan pelayanan kesehatan lainnya sehingga kontribusi terjadi keselamatan yang mengancam keselamatan pasien hingga mengakibatkan pasien meninggal dunia sangat memungkinkan terjadi (4).

Indonesia melalui peraturan Undang-undang nomor 17 tahun 2023 tentang kesehatan untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan secara internal melalui pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP). Sistem pelaporan insiden keselamatan pasien adalah jenis pengawasan yang memantau, mencegah, dan mengurangi terjadinya peristiwa keselamatan pasien di sebagian besar rumah sakit. Sistem ini bergantung pada petugas kesehatan untuk melaporkan setiap insiden yang merugikan keselamatan pasien, sehingga memungkinkan organisasi dan stafnya belajar dari kesalahan pihak lain (5,6).

Setiap rumah sakit wajib membentuk tim keselamatan pasien rumah sakit dan menegakkan program keselamatan pasien yang mencakup pelaporan insiden. Pada Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 11 tahun 2017 tentang keselamatan pasien rumah sakit melaporkan insiden kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP). Oleh karena itu, seluruh rumah sakit terakreditasi di Indonesia harus melaporkan insiden baik internal yang dilaporkan kepada komite mutu rumah sakit maupun eksternal melalui komite mutu rumah sakit kepada KNKP. Insiden yang harus dilaporkan secara internal antara lain kondisi tidak aman yang harus dilaporkan kepada tim keselamatan pasien rumah sakit seluruh kejadian yang ada baik kejadian sentinel, kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian tidak cedera (KTC), kejadian nyaris cedera (KNC), dan kejadian potensial cedera (KPC). Insiden yang wajib dilaporkan secara eksternal ialah kejadian sentinel dan KTD.

Menurut *World Health Organization* (WHO) setiap 10 pasien yang menerima perawatan di rumah sakit terdapat satu pasien yang dapat terjadi sebuah insiden (7). Penelitian menunjukkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dapat terjadi dari 10.000 pasien setidaknya ada 4,40 insiden yang terjadi (8). Rumah Sakit dr. M. Paru Goenawan (RSPG) Cisarua Bogor memiliki tim komite mutu keselamatan pasien. Berdasarkan laporan yang terdata sejak tahun 2021 hingga triwulan ketiga tahun 2023 memiliki total 25 laporan atau dengan rata-rata 0,7 laporan setiap bulannya. Sedangkan jumlah rata-rata pasien yang melakukan perawatan di RSPG Cisarua Bogor berkisar 40.000 pasien. Berdasarkan jumlah laporan yang rendah di RSPG, peneliti melakukan analisis penyebab petugas tidak melaporkan kejadian insiden yang terjadi. Hal ini bertujuan untuk menguatkan budaya keselamatan pasien di RSPG dengan melakukan pelaporan IKP untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan.

## METODE

Penelitian ini merupakan penelitian dengan studi *mixed method sequential explanatory*. Pada tahap pertama dengan melakukan penyebaran survei berdasarkan *Patient Safety 2030* yang dikembangkan oleh *NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre* melalui 20 pernyataan petugas tidak mau melapor IKP (9). Populasi dalam penelitian ini ialah petugas rumah sakit yang berhubungan dengan asuhan pelayanan langsung kepada pasien di poli rawat jalan, rawat inap, farmasi, ICU dan kamar operasi. Teknik sampel yang digunakan dalam penelitian ini, yaitu total sampel dengan kriteria eksklusif petugas rumah sakit yang tidak berkenan mengisi survei, sehingga sampel yang digunakan dalam penelitian ini berjumlah 45 orang responden. Pada tahap kedua melakukan wawancara mendalam kepada satu perawat dari dari rawat jalan, tiga perawat rawat inap, satu petugas farmasi, satu perawat ICU dan satu perawat kamar operasi mengenai persepsi petugas terhadap alasan tidak melapor kejadian insiden.

## HASIL

### Hasil Penelitian Kuantitatif

Berdasarkan hasil survei mengenai persepsi dari 20 pernyataan petugas tidak melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (IKP) dapat dilihat distribusi karakteristik responden pada tabel berikut:

**Tabel 1.** Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Masa Kerja dan Unit terkait Persepsi Penyebab Petugas Tidak Melapor IKP di RSPG Cisarua Bogor tahun 2023

Variabel	n	%
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	27	60
Perempuan	18	40
<b>Masa Kerja</b>		
>30 tahun	3	7

Variabel	n	%
>21-30 tahun	6	13
11-20 tahun	24	54
2-10 tahun	11	24
≤ 1 tahun	1	2
<b>Unit</b>		
Rawat Jalan	4	9
Rawat Inap	24	53
Farmasi	4	9
ICU	10	22
Kamar Operasi	3	7

Pada tabel 1 dapat diketahui distribusi karakter responden yaitu jenis kelamin, masa kerja dan unit bekerja. Berdasarkan tabel tersebut menunjukkan bahwa responden yang paling banyak mengisi survei ialah laki-laki sebesar 60%, persentase masa kerja yang tertinggi pada rentang 11-20 tahun sebesar 54% dengan persentase terendah dengan masa kerja ≤ 1 tahun dan persentase unit bekerja tertinggi pada poli rawat inap sebesar 53% dan persentase terendah pada unit kamar operasi sebesar 7%.

**Tabel 2.** Persepsi Petugas Tidak Mau Melapor Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

Pernyataan	STS		TS		S		SS	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Petugas tidak mau melapor IKP karena penyebab insiden sudah jelas dan sudah tertangani dengan baik	8	17,78	27	60,00	8	17,78	2	4,44
Petugas tidak melapor IKP karena insiden tidak dapat dicegah	15	33,33	26	57,78	4	8,89	-	-
Petugas tidak melapor IKP karena proses pelaporan terlalu ribet	9	20,00	27	60,00	9	20,00	-	-
Petugas tidak melapor IKP karena bukan prioritas untuk dikerjakan/dilakukan	8	17,78	29	64,44	7	15,56	1	2,22
Petugas tidak melapor IKP karena takut/khawatir akan respon negatif dari rekan kerja	9	20,00	24	53,33	10	22,22	2	4,44
Petugas tidak melapor IKP karena takut/khawatir dipandang sebagai petugas yang tidak kompeten	10	22,22	23	51,11	10	22,22	2	4,44
Petugas tidak melapor IKP karena tidak tahu siapa yang bertanggung jawab untuk melakukan pelaporan	9	20,00	26	57,78	9	20,00	1	2,22
Petugas tidak melapor IKP karena tidak percaya bahwa adanya perubahan dengan adanya pelaporan	9	20,00	26	57,78	3	6,67	-	-
Petugas tidak melapor IKP karena merasa adanya beban tugas tambahan administrasi	8	17,78	28	62,22	9	20,00	-	-
Petugas tidak melapor IKP karena tidak adanya anonimitas pelapor dan kerahasiaan tidak terjaga	7	15,56	21	46,67	16	35,56	1	2,22
Petugas tidak melapor IKP karena mengganggu proses pekerjaan/tugas yang sedang dikerjakan	6	13,33	31	68,89	7	15,56	1	2,22
Petugas tidak melapor IKP karena tidak timbulnya konsekuensi/dampak besar kepada pasien	9	20,00	28	62,22	6	13,33	2	4,44
Petugas tidak melapor IKP karena merasa insiden tidak akan terulang kembali	9	20,00	29	64,44	7	15,56	-	-
Petugas tidak melapor IKP karena sudah pernah ada insiden serupa dan sudah pernah dilaporkan sehingga cukup 1 kali saja	10	22,22	29	64,44	6	13,33	-	-
Petugas tidak melapor IKP karena takut/khawatir akan hukuman yang akan diterima	7	15,56	26	57,78	11	24,44	1	2,22
Petugas tidak melapor IKP karena ketidakjelasan definisi IKP yang harus dilaporkan	7	15,56	27	60,00	10	22,22	1	2,22
Petugas tidak melapor IKP karena memakan banyak waktu dalam pembuatan pelaporan	6	13,33	26	57,78	13	28,89	-	-
Petugas tidak melapor IKP karena takut adanya disciplinary action/disipliner	7	15,56	21	46,67	17	37,78	-	-
Petugas tidak melapor IKP karena bertambahnya beban kerja	7	15,56	27	60,00	11	24,44	-	-
Petugas tidak melapor IKP karena tidak adanya masukan perbaikan setelah pelaporan	7	15,56	26	57,78	11	24,44	1	2,22

Pada tabel 2 dapat diketahui terdapat 20 pernyataan penyebab petugas tidak mau melapor Insiden Keselamatan Pasien (IKP). Responden menjawab sangat tidak setuju (STS) dan tidak setuju (TS) jika responden merasa pernyataan

tidak sesuai dengan penyebab petugas tidak melapor IKP. Responden menjawab Setuju (S) dan sangat setuju (SS) jika pernyataan sesuai dengan penyebab petugas tidak melapor IKP.

**Tabel 3.** Persentasi Persepsi Petugas Tidak Mau Melapor Insiden Keselamatan Pasien (IKP)

Pernyataan	Ya (%)	Tidak (%)
Takut adanya <i>disciplinary action</i> /disipliner	38	62
Tidak adanya anonimitas pelapor dan kerahasiaan tidak terjaga	38	62
Memakan banyak waktu dalam pembuatan pelaporan	29	71
Tidak adanya masukan perbaikan setelah pelaporan	27	73
Takut/khawatir akan respon negatif dari rekan kerja	27	73
Takut/khawatir dipandang sebagai petugas yang tidak kompeten	27	73
Takut/khawatir akan hukuman yang akan diterima	27	73
Ketidajelasan definisi IKP yang harus dilaporkan	24	76
Bertambahnya beban kerja	24	76
Karena penyebab insiden sudah jelas dan sudah tertangani dengan baik	22	78
Tidak tahu siapa yang bertanggung jawab untuk melakukan pelaporan	22	78
Tidak percaya bahwa adanya perubahan dengan adanya pelaporan	22	78
Proses pelaporan terlalu ribet	20	80
Merasa adanya beban tugas tambahan administrasi	20	80
Mengganggu proses pekerjaan/tugas yang sedang dikerjakan	18	82
Tidak timbulnya konsekuensi/dampak besar kepada pasien	18	82
Bukan prioritas untuk dikerjakan/dilakukan	18	82
Merasa insiden tidak akan terulang kembali	16	84
Sudah pernah ada insiden serupa dan sudah pernah dilaporkan sehingga cukup 1 kali saja	13	87
Insiden tidak dapat dicegah	9	91
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>77</b>

Pada tabel 3 dapat diketahui persentase “ya” menyatakan setuju dan sangat setuju dan “tidak” menyatakan sangat tidak setuju dan tidak setuju pada persepsi responden tidak mau melapor Insiden Keselamatan Pasien (IKP). Persepsi dengan persentase tertinggi pada pernyataan takut adanya *disciplinary action*/disipliner dan tidak adanya anonimitas pelapor dan kerahasiaan tidak terjaga sebesar 38%. Pernyataan tertinggi selanjutnya ialah mengenai memakan banyak waktu dalam pembuatan pelaporan sebesar 29%. Pernyataan dengan persentase terendah yang menyatakan “ya” sebesar 9% pada insiden tidak dapat dicegah.

### Hasil Penelitian Kualitatif

Pada tahap kedua dilakukan penelitian secara kualitatif melalui wawancara mendalam kepada 8 koordinator instalasi/ruangan yaitu 1 koordinator dari unit rawat jalan, 3 koordinator dari unit rawat inap, 1 koordinator dari unit farmasi, 1 koordinator IGD, 1 koordinator dari unit ICU dan 1 koordinator dari unit Kamar Operasi. Wawancara mendalam dilakukan untuk melihat secara mendalam dengan menjelaskan lebih lanjut mengenai: 1) Menjelaskan terkait insiden yang pernah dan atau sering terjadi di unit. 2) Menjelaskan gambaran budaya petugas mengenai pelaporan IKP. 3) Menjelaskan alasan petugas melakukan dan tidak melaporkan IKP. 4) Menjelaskan terkait laporan IKP yang rendah di RSPG berdasarkan data tahun 2021 hingga triwulan ketiga 2023. 5) Menjelaskan upaya yang dilakukan agar petugas melapor jika terjadi insiden yang berkaitan dengan keselamatan pasien.

**Tabel 4.** Karakteristik Informan Petugas RSPG Cisarua Bogor

Identitas	Informan							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Jenis Kelamin	Pr	Lk	Pr	Lk	Lk	Pr	Pr	Lk
Pendidikan	S2	SMA	D3	S1 Profesi	S1 Profesi	S1 Profesi	Dokter Spesialis	S1 Profesi
Umur (tahun)	56	48	46	43	37	55	43	39
Masa Kerja (tahun)	30	15	18	23	15	35	9	13

Keterangan:

Pr = Perempuan

Lk = Laki-laki

Berdasarkan tabel 4, informan dalam penelitian ini berjumlah 8 orang yakni dengan masing-masing 4 informan laki-laki dan 4 informan perempuan. Pendidikan terakhir informan masing-masing dengan jumlah 1 informan yaitu berpendidikan SMA, D3, S2, dan dokter spesialis. Pendidikan terakhir informan S1 profesi dengan jumlah 3 informan. Rata-rata umur informan sudah lebih dari 30 tahun dengan rentang umur 37 tahun sampai dengan 56 tahun. Berdasarkan lama masa kerja <10 tahun dengan jumlah 1 informan, rentang 11-20 tahun dengan jumlah 4 informan dan masa kerja  $\geq$  30 tahun dengan jumlah 2 informan.

Tabel 5 Matriks Hasil Wawancara Mendalam

Informan	Pertanyaan 1	Pertanyaan 2	Pertanyaan 3	Pertanyaan 4	Pertanyaan 5
I-1	"Semua rangkaian disini titik rawan...lebih sering pada saat pemberian kesalahan pemberian obat..."	"...kalau KNC suka laporan pas ganti shift atau langsung nulis di buku...Lebih sering KTD aja yang lapor ke komite mutu..."	"...kami di dalam unit selalu laporan di dalam buku jika ada kesalahan yang ada...teman-teman langsung isi buku sih jika nemu insiden."	"...belum sama mindset nih buat yang dilaporkan apa saja...Sebenarnya sudah tahu kalo ada insiden dilaporkan tapi karna udah diatasi jadi ga dilaporkan ke komite mutu."	"...perlu sosialisasi untuk apa aja sih laporan yang harus dilaporkan. Manajemen yakinkan ga ada blaming saat lapor dengan ajak persuasif..."
I-2	"...ada risiko jatuh karna disini lebih mudah diakses pakai tangga. Tapi sejauh ini ga sering ada insidens, karna petugas sigap bantu pasien."	"Kita sih kalo emang ada insiden parah lapor ke kepala poli baru ke komite mutu..."	"...khawatir kalau lapor langsung ke komite mutu, jadi lebih sering lapor lewat kepala ruangan."	"...mungkin lebih ke jika sudah diatasi atau tertangani jadi ga lapor deh makanya rendah..."	"...perlu ada training nih sebenarnya untuk nambah wawasan dengan simulasi cara isi lapor insiden."
I-3	"Pernah dapet salah label obat..., salah dosis obat..., adanya auto ekstubasi pasien..., trus nyaris cedera infus pump jatuh..."	"...budaya bisa dibilang belum baik...Sistem lapor ada, format ada, pernah di share, tapi ya belum baik karena petugas was-was..."	"...pelapor takut ditanya dan dituduh...nambah beban kerja adanya laporan dengan form banyak...kadang malah nanya solusi padahal kitakan yang butuh solusi..."	"Mungkin karena petugas khawatir tadi makanya sedikit yang mau lapor..."	"Manajemen harus tidak blaming, ada rewardlah dari laporan yang ada...trus ada sosialisasi rutin paling ga sebulan sekali atau disisipkan saat rapat."
I-4	"Pernah terjadi salah kasih kantong darah....ada double obat pasien dari IGD padahal obat harus habis..."	"...budaya masih rendah karena alur lapor ribet...terlalu banyak berkas yang perlu di ttd..."	"...di kita sih lapor kalo ada insiden, cuman ya kalau saat investigasi banyak orang berasa salah banget...no blaming udah ada si..."	"Mungkin karna merasa ga ada kerahasiaan, saat evaluasi kadang ditampilin ruangan mana, siapa, foto bukti, kan itu identitas ya kaya merasa tersangka..."	"...investigasi tertutup dan kecil...hasil feedback disamarkan identitasnya, kalau bisa alur pelaporan lebih simpel dan mudah..."
I-5	"Pernah ada salah pasien masuk ruang OK, RM bener tapi pasien yang datang beda orang...tunda operasi juga cukup sering..."	"Kalau ada insiden langsung lapor sih ke komite mutu..."	"...disini terbuka kalau ada insiden langsung dilaporkan, trus saya rekap dan catat di buku khusus buat jadi bahan masukan kedepannya."	"Karna persepsi belum sama, jadi yang sebetulnya termasuk insiden dan harus dilaporkan tapi ga dilaporkan ke tim mutu..."	"Perlu ada sosialisasi menyamakan jenis-jenis insiden yang dilaporkan, kalau bisa ada elektronik yang mudah untuk lapor IKP lebih oke lagi..."

Informan	Pertanyaan 1	Pertanyaan 2	Pertanyaan 3	Pertanyaan 4	Pertanyaan 5
I-6	"...sering terjadi tuh lupa pasang gelang ke pasien..."	"...budaya disini oke, kalo ada insiden langsung ditangani..."	"...konfirmasi ke pasien kalau terjadi insiden, trus kita pasang gelang, ...trus kita selesaikan secara internal..."	"Semua insiden dilaporkan ke koordinator jadi kalau merasa sudah tertangani merasa tidak perlu buat laporan ke mutu..."	"Harus ada sosialisasi lagi nih, insiden apa aja yang emang harus dilaporkan, kalau bisa formnya disederhanakan..."
I-7	"...belum pernah ada sih, paling khawatir pasien jatuh karna akses buat kursi roda belum memadai..."	"Lumayan baik sih, biasanya lapor..."	"...kalau emang ada insiden lapor ke kepala poli, cuman kalau bisa kita atasi sendiri yasudah..."	"...karena khawatir kali ya kalo lapor langsung ke mutu, jadi kalau kita udah bisa tanganiin merasa ga perlu lapor..."	"Harus perbanyak sharing dan sosialisasi berkala...jadi biar sama paham apa yang perlu dilaporkan."
I-8	"...infus pasien kemo tidak benar, sehingga pasien kesakitan itu pernah terjadi."	"Untuk di dalam unit kami sih sudah mulai membaik, teman-teman mulai lapor...saat operan lapor ke kepala ruangan"	"Karna ada grup wa unit yah jadi lapor lewat situ...Tapi kalau emang sampai fatal ke pasien baru buat kronologi..."	"...sistem terlalu ribet, jadi temen-temen lapor ke kar baru deh karu lapor ke mutu, jadi karu banyak kerjaan tambahan... formnya banyak..."	"Sistem lapornya harus ditelaah lagi gimana biar mudah... Harus no blaming dan kalau bisa saat feedback ada investigasi tertutup."

Berdasarkan tabel 5 dari hasil wawancara mendalam dengan informan 1, informan 2, informan 3, informan 4, informan 5, informan 6, informan 7 dan informan 8 ada yang memberikan pendapat positif dan negatif mengenai budaya petugas dalam pelaporan IKP. Berkaitan dengan laporan IKP yang rendah berdasarkan data laporan dari komite mutu tahun 2021 hingga triwulan ketiga 2023, seluruh informan kecuali informan 3, informan 4, dan informan 8 menyatakan jika insiden sudah ditangani dengan baik di dalam unit maka merasa tidak perlu dilaporkan ke komite mutu.

## PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan dari 45 responden bahwa persepsi petugas tidak mau melapor IKP takut adanya disipliner dan tidak adanya anonimitas pelapor serta kerahasiaan tidak terjaga sebesar 38%. Persepsi tersebut didukung saat melukan wawancara mendalam kepada koordinator, kerahasiaan dari tempat kejadian insiden saat dilakukan evaluasi tidak disamarkan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian dari Mihdawi, et al (2020) dan Kumbi, et al (2020) bahwa perawat enggan melapor insiden yang berhubungan dengan pasien karena anonimitas dari perawat yang melapor disebarluaskan saat melakukan evaluasi (10,11). Dari hasil wawancara mendalam kekhawatiran akan disalahkan menyebabkan takut akan adanya disipliner yang diterima. Untuk menghilangkan rasa akan adanya tindakan disipliner dan menumbuhkan rasa untuk melapor, budaya *no blaming* atau tidak menyalahkan harus ditegakkan (12,13).

Selanjutnya mengenai memakan banyak waktu dalam membuat pelaporan sebesar 29% dan didukung dengan wawancara mendalam peugas melapor insiden kepada kepala ruangan atau koordinator tidak melakukan pelaporan secara langsung ke komite mutu. Bertambahnya beban kerja sebesar 24% didukung dengan hasil wawancara bahwa banyak formulir yang harus ditanda tangan pada setiap insiden. Hal ini membuat kepala ruangan atau koordinator memiliki tugas tambahan yang berlebih sehingga memakan banyak waktu. Budaya dalam melakukan pelaporan sangat mempengaruhi petugas memandang sebuah pelaporan insiden keselamatan pasien (14). Dengan adanya komunikasi yang buruk dan ketidakmerataan tugas maka akan membuat petugas enggan membuat laporan (15,16).

Tidak adanya masukan perbaikan setelah pelaporan sebesar 27% didukung oleh hasil wawancara mendalam saat melakukan evaluasi, pelapor ditanyakan mengenai solusi, sehingga merasa tidak ada masukan yang didapatkan dan tidak percaya bahwa adanya perubahan dengan adanya pelaporan sebesar 22%. Kurangnya masukan yang diberikan kepada pelapor, membuat pelapor merasa sia-sia untuk melapor, menjadi salah dampak indikasi kesalahan medis yang lebih besar (17). Takut atau khawatir akan adanya respon negatif dari rekan kerja sebesar 27%, takut atau khawatir dipandang tidak kompeten sebesar 27% dan takut atau khawatir akan hukuman yang akan diterima sebesar 27%. Menjadi salah satu halangan bagi petugas untuk melaporkan mengenai kekhawatiran akan sebuah insiden yang

nyaris cedera kepada pasien, sehingga petugas tidak percaya diri dan khawatir untuk mengungkapkan sebuah insiden (18).

Ketidakjelasan definisi IKP yang harus dilaporkan sebesar 24% sangat didukung dari hasil wawancara mendalam. Hampir seluruh informan merasa jenis-jenis IKP yang harus dilaporkan masih memiliki perbedaan pemahaman. Definisi IKP menjadi sangat esensial dalam melindungi tenaga kesehatan dari kesalahan perawatan yang lebih besar (19). Definisi IKP yang berbeda antara WHO dengan *Joint Commission International (JCI)* membuat rumah sakit harus selalu memiliki pedoman dalam istilah IKP yang dilaporkan (20).

Karena penyebab insiden sudah jelas dan sudah tertangani dengan baik sebesar 22% dan didukung dengan hasil wawancara mendalam seluruh informan menyatakan jika sudah ditangani dengan baik maka tidak dilaporkan kepada tim komite mutu keselamatan pasien. Hal ini juga didukung oleh persepsi tidak tahu siapa yang bertanggung jawab untuk melakukan pelaporan sebesar 22%. Adanya kesalahan sistem yakni pedoman dalam kejelasan alur pelaporan IKP sangat penting (21). Jika insiden sudah ditangani kepada pasien dan dilakukan dan tindakan ini terus menjadi tantangan di rumah sakit (22,23).

Proses pelaporan terlalu ribet sebesar 20% didukung dengan hasil wawancara mendalam bahwa alur sistem pelaporan yang menggunakan formulir secara tertulis dan adanya tanda tangan yang banyak sehingga perlu kajian ulang untuk membuat secara elektronik atau formulir sederhana yang mudah. Petugas yang melaporkan insiden secara elektronik membuat mutu layanan keselamatan pasien selama perawatan di rumah sakit meningkat dan memudahkan rumah sakit dalam evaluasi secara cepat (24,25).

## KESIMPULAN

Penelitian ini menyimpulkan bahwa persepsi penyebab petugas tidak melapor insiden yang berkaitan dengan keselamatan pasien ialah takut akan adanya disipliner jika melapor, kerahasiaan pelapor serta tempat kejadian insiden tidak terjaga, memakan banyak waktu dalam membuat pelaporan, merasa tidak adanya perbaikan yang didapatkan setelah melapor, ketidakjelasan definisi insiden yang berkaitan dengan keselamatan pasien yang harus dilaporkan, dan alur sistem pelaporan yang ribet. Pelaporan IKP di RSPG Cisarua Bogor menggunakan formulir secara tertulis dan kurangnya pemahaman dari petugas mengenai pedoman yang harus diperhatikan mengenai laporan IKP menyebabkan angka pelaporan rendah di tahun 2021 hingga triwulan ketiga 2023. Dari hasil penelitian dengan menggunakan metode campuran (*mixed methods*) menunjukkan bahwa persepsi terbesar ada pada kurangnya anonimitas pelapor dan ketidakjelasan definisi IKP yang harus dilaporkan.

## SARAN

Penelitian ini merekomendasikan kepada seluruh petugas di rumah sakit melalui tim komite mutu keselamatan pasien melakukan sosialisasi budaya dalam melapor insiden yang berkaitan dengan keselamatan dengan menyisipkan panduan mengenai istilah dan jenis-jenis IKP yang dilaporkan kepada komite mutu. Melakukan analisis dan diskusi bersama mengenai evaluasi agar anonimitas terjaga dan hasil evaluasi tetap bisa diberikan kepada seluruh pelayanan untuk menjadi pembelajaran perbaikan mutu. Rumah sakit juga dapat mulai mempertimbangkan penggunaan teknologi untuk melakukan pelaporan guna mempermudah pelaporan insiden yang berkaitan dengan keselamatan pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

1. WHO. Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care. World Health Organization; 2021.
2. Dhingra-Kumar N, Brusaferrero S, Arnoldo L. Patient safety in the world. textbook of patient safety and clinical risk management. 2021;93–8.
3. WHO. Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance. 2020;
4. Lee SE, Quinn BL. Safety culture and patient safety outcomes in East Asia: A literature review. *West J Nurs Res.* 2020;42(3):220–30.
5. Uibu E, Pölluste K, Lember M, Kangasniemi M. Reporting and responding to patient safety incidents based on data from hospitals' reporting systems: a systematic review. *J Hosp Adm.* 2020;9(2):22–32.
6. Fernando GHS, Bandara T, Purva M. Are Incident Reporting Systems in Healthcare Systems a Requirement for Improving Patient Safety? A Review. 2023;
7. WHO. Fact file, 10 facts on patient safety. 2017.
8. Singh S, Mahomed O. Nature and type of patient-reported safety incidents at a tertiary hospital in South Africa during the COVID-19 period (2018–2021)-A retrospective review. *PLoS One.* 2023;18(11):e0293933.
9. Yu A, Flott K, Chainan IN, Fontana G, Darzi A. Patient Safety 2030: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Center. 2016.

10. Kumbi M, Hussen A, Lette A, Nuriye S, Morka G. Patient safety culture and associated factors among health care providers in Bale Zone Hospitals, southeast Ethiopia: An institutional based cross-sectional study. *Drug Healthc Patient Saf.* 2020;1–14.
11. Mihdawi M, Al-Amer R, Darwish R, Randall S, Afaneh T. The influence of nursing work environment on patient safety. *Workplace Health Saf.* 2020;68(8):384–90.
12. Harsul W, Irwan AM, Sjattar EL. The relationship between nurse self-efficacy and the culture of patient safety incident reporting in a district general hospital, Indonesia. *Clin Epidemiol Glob Health.* 2020;8(2):477–81.
13. Basson T, Montoya A, Neily J, Harmon L, Watts B V. Improving patient safety culture: a report of a multifaceted intervention. *J Patient Saf.* 2021;17(8):e1097–104.
14. Burlison JD, Quillivan RR, Kath LM, Zhou Y, Courtney SC, Cheng C, et al. A multilevel analysis of US hospital patient safety culture relationships with perceptions of voluntary event reporting. *J Patient Saf.* 2020;16(3):187.
15. Chin MH. Advancing health equity in patient safety: a reckoning, challenge and opportunity. *BMJ quality & safety.* BMJ Publishing Group Ltd; 2020.
16. Burgener AM. Enhancing communication to improve patient safety and to increase patient satisfaction. *Health Care Manag (Frederick).* 2020;39(3):128–32.
17. Al-Worafi YM. Medication errors. In: *Drug safety in developing countries.* Elsevier; 2020. p. 59–71.
18. Etchegaray JM, Ottosen MJ, Dancsak T, Thomas EJ. Barriers to speaking up about patient safety concerns. *J Patient Saf.* 2020;16(4):e230–4.
19. Chatterjee P, Sommers BD, Joynt Maddox KE. Essential but undefined—reimagining how policymakers identify safety-net hospitals. *New England Journal of Medicine.* 2020;383(27):2593–5.
20. Harmer B, Lee S, Duong TVH, Saadabadi A. Suicidal ideation. 2020;
21. Mulac A, Taxis K, Hagesaether E, Granas AG. Severe and fatal medication errors in hospitals: findings from the Norwegian Incident Reporting System. *European Journal of Hospital Pharmacy.* 2020;
22. Chaboyer W, Harbeck E, Lee B, Grealish L. Missed nursing care: An overview of reviews. *Kaohsiung J Med Sci.* 2021;37(2):82–91.
23. Jannah SR. Peran Perawat Tentang Insiden yang Terjadi dalam Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. 2020;
24. Marcomini I, Destrebecq A, Rosa D, Terzoni S. Self-reported skills for ensuring patient safety and quality of care among Italian nursing students: A descriptive cross-sectional study. *Int J Health Promot Educ.* 2022;60(2):67–78.
25. Ahmed S, Hawarna S, Alqasmi I, Mohiuddin M, Rahman MK, Ashrafi DM. Role of Lean Six Sigma approach for enhancing the patient safety and quality improvement in the hospitals. *Int J Healthc Manag.* 2022;1–11.