

DIMENSI PELAPORAN PADA SAFETY CULTURE DI RUANG RAWAT PRE-POST PARTUM DAN PERINATOLOGY

Wice Purwani Suci¹, Erika¹, Widia Lestari¹, Nurhannifah Rizky T¹, Riamin Maria²

¹Faculty of Nursing, University of Riau

²Arifin Achmad Regional General Hospital, Pekanbaru

wice.purwani@lecturer.unri.ac.id

Abstract

The implementation of good patient safety in pre-postpartum and perinatology units can ensure the quality of services provided to mothers and children runs well. This quality service is expected to reduce the maternal and child mortality rates that still occur today. Reporting patient safety incidents not only plays an important role in ensuring the quality of services but also serves as the main foundation in the organization's learning process and internal improvement within the hospital. The aim of this study is to understand the reporting dimension in the implementation of a patient safety culture in pre-postpartum and perinatology wards. This study combines a mixed-methods approach with a sequential explanatory design. The quantitative method uses the AHRQ (Agency for Health Research and Quality) questionnaire, while the qualitative method employs in-depth interviews. This study involved 52 nurses working in pre-postpartum and perinatology wards. The results showed a positive response of 17.3% in the reporting dimension of the patient safety culture. Based on the interviews, one of the issues hindering the implementation of the patient safety program is the lack of adequate reporting on patient safety incidents, the absence of a good reporting system, a high blaming culture, lack of management support, very slow or lengthy case reporting, and insufficient financial support. The final results of reporting, analysis, and evaluation are limited to internal analysis and evaluation within the hospital. Recommendations from this study include strengthening the safety culture through patient safety training for all staff and continuous monitoring and evaluation of each patient safety program conducted.

Keywords: patient safety culture, reporting of patient safety incidents, maternity unit, nurse, perinatology

Abstrak

Penerapan keselamatan pasien yang baik pada unit pre-post partum dan perinatology dapat menjamin kualitas layanan yang diberikan kepada ibu dan anak juga berjalan dengan baik. Pelayanan yang berkualitas ini diharapkan akan menekan Angka Kematian Ibu dan Anak yang saat ini masih terjadi. Pelaporan insiden keselamatan pasien tidak hanya memegang peranan penting dalam memastikan kualitas layanan, tetapi juga menjadi landasan utama dalam proses pembelajaran organisasi, pembenahan internal di rumah sakit. Tujuan Penelitian ini adalah untuk mengetahui dimensi pelaporan pada penerapan budaya keselamatan pasien pada ruang rawat pre-post partum dan perinatology. Studi ini menggabungkan metode campuran dengan desain *sequential explanatory*. Metode kuantitatif menggunakan kuesioner AHRQ (Agency for Health Research and Quality), sementara metode kualitatif menggunakan wawancara mendalam. Penelitian ini melibatkan 52 perawat yang bekerja di ruang rawat pre-postpartum dan perinatology. Hasil penelitian menunjukkan respon positif dari dimensi pelaporan pada budaya keselamatan pasien sebanyak 17.3%. Berdasarkan hasil wawancara menyatakan bahwa salah satu masalah yang menghalangi pelaksanaan program keselamatan pasien adalah bahwa tidak ada laporan yang memadai tentang insiden keselamatan pasien, tidak ada sistem pelaporan yang baik, *blaming culture* yang masih tinggi, kurangnya dukungan manajemen, laporan kasus yang sangat lambat atau lama, dan kurangnya dukungan keuangan. Hasil akhir dari pelaporan, analisis, dan evaluasi terbatas pada analisis dan evaluasi di dalam rumah sakit. Rekomendasi dari penelitian ini adalah penguatan budaya keselamatan melalui pelatihan keselamatan pasien bagi seluruh staf serta monitoring dan evaluasi berkelanjutan dari setiap program keselamatan pasien yang dilakukan.

Kata Kunci: budaya keselamatan pasien, pelaporan insiden keselamatan pasien, ruang rawat pre-post partum, perawat, perinatology.

PENDAHULUAN

Pelaporan insiden keselamatan pasien tidak hanya memegang peranan penting dalam memastikan kualitas layanan, tetapi juga menjadi landasan utama dalam proses pembelajaran organisasi, pemberian internal di rumah sakit (Wagner et al., 2016). Berbagai negara melaporkan insiden keselamatan pasien yang terjadi pada setiap tahun. Menurut laporan pada the National Reporting and Learning System (NRLS), dari bulan Juli 2022 hingga Juni 2023, terdapat 2.670.512 laporan insiden keselamatan pasien di Inggris (England NHS, 2024). Menurut data dari Ministry of Health (MoH) Malaysia, terdapat 151.225 insiden keselamatan pasien pada tahun 2021 (MoH Malaysia, 2021).

Di Indonesia, Pelaporan insiden keselamatan pasien dilakukan secara internal dan eksternal. Pelaporan internal yaitu adanya laporan tentang insiden yang terjadi di lingkungan rumah sakit. Pelaporan eksternal dilakukan dengan pelaporan dari rumah sakit ke Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KKP-RS) Nasional. Pada tahun 2022 terdapat peningkatan laporan insiden menjadi 4.918 dengan rincian kejadian tidak diharapkan berjumlah 1.717, kejadian tidak cedera berjumlah 1.525, dan kejadian nyaris cedera berjumlah 1.676 (KNKPRS, 2022). Data tersebut mayoritas didapatkan dari insiden yang terjadi di rumah sakit. Data insiden yang terjadi di fasilitas layanan kesehatan lain masih sangat rendah. Data yang diberikan oleh Badan Pusat Statistik (2022) menunjukkan jumlah total sarana kesehatan di Indonesia pada tahun 2021 adalah sebanyak 22.213 yang terdiri dari rumah sakit, rumah sakit bersalin, poliklinik, dan puskesmas. Jika dihitung, persentase pelaporan insiden di Indonesia kurang lebih hanya sebesar 0,22% (Badan Pusat Statistik, 2022). Dengan demikian, tingkat pelaporan Insiden di Indonesia masih relatif rendah.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan *mix method* atau desain

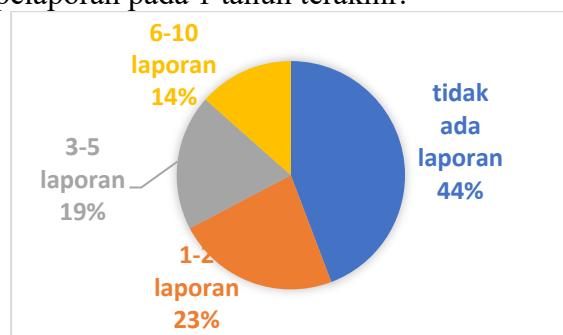
sequential explanatory yaitu metode penelitian yang menggabungkan kuantitatif dan kualitatif secara berurutan. Pada tahap pertama, metode ini menggunakan pendekatan kuantitatif, dan pada tahap kedua, pendekatan kualitatif digunakan untuk mengumpulkan dan menganalisis data. Hasil penelitian kuantitatif yang dilakukan pada tahap pertama diperkuat oleh metode ini (Sugiyono, 2015).

Penelitian dimulai dengan pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner AHRQ (*Agency Health Research and Quality*) yang berjudul *Hospital Survey on Patient Safety Culture* untuk mendeskripsikan budaya keselamatan pasien di ruang rawat pre-post partum dan perinatology di rumah sakit tempat penelitian (Sorra et al., 2018). Setelah itu, dilanjutkan dengan mengumpulkan dan menganalisis data yang didapatkan dari *indepth interview*. Penelitian ini mengambil sampel dari seluruh populasi, yang berarti semua orang yang memenuhi kriteria inklusi diambil sebagai sampel. Subjek penelitian ini adalah 52 responden yaitu seluruh perawat pada 2 unit tersebut yaitu unit pre-post partum dan perinatology. Data kualitatif didapatkan dari wawancara mendalam yang dilakukan pada 3 partisipan yang merupakan tim keselamatan pasien dan 2 partisipan adalah kepala ruangan dari unit tersebut. Tahap pertama adalah mengumpulkan data kuantitatif dengan kuesioner. Tahap kedua dilanjutkan dengan *indepth interview*. *Focus framework* analisis adalah metode yang digunakan untuk menganalisis data kualitatif untuk mengkonfirmasi hasil dari data kuantitatif yang didapatkan pada tahap pertama.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dimensi Frekuensi Pelaporan merupakan dimensi yang memiliki persentasi respon positif terendah yaitu sebesar 17.3% . Hal ini sejalan dengan jawaban dari responden sebanyak 44% yang menyatakan bahwa tidak ada jumlah kejadian yang dilaporkan dalam 12 bulan terakhir yang

menunjukkan bahwa sistem pelaporan insiden belum tertata dengan baik. Menurut Najihah (2018) dengan melakukan pelaporan insiden keselamatan pasien dapat meningkatkan penerapan budaya keselamatan pasien sehingga insiden keselamatan pasien tersebut dapat dihindari. Namun masih banyak petugas kesehatan yang mengabaikan pelaporan insiden tersebut karena merasa insiden tersebut dapat ditangani sendiri dan hanya melaporkan apabila sudah terjadi cedera. Berikut adalah diagram yang menunjukkan jawaban responden terhadap jumlah pelaporan pada 1 tahun terakhir.



Sumber : Data Primer

Gambar 1. Jawaban responden tentang pelaporan insiden

Tabel 1. Rangkuman hasil wawancara mendalam kepada informan

Tema	Hasil
Program Keselamatan Pasien	Program Keselamatan sudah tertuang dalam Kebijakan seperti SK Direktur dan SOP namun pelaksanaannya belum maksimal
Evaluasi Budaya Keselamatan Pasien	Evaluasi budaya keselamatan pasien belum pernah dilakukan, masih terdapat <i>blaming culture</i> di lingkungan kerja
Laporan Insiden Keselamatan Pasien	Insiden keselamatan pasien tidak dilaporkan dengan baik, belum ada sistem pelaporan yang baik
Hambatan Pelaksanaan Budaya Keselamatan Pasien	Hambatan dalam pelaksanaan Budaya Keselamatan pasien adalah Perilaku dari petugas kesehatan dan dukungan manajemen dalam melengkapi fasilitas.

Sumber : Data Primer

Frekuensi pelaporan terhadap insiden terkait keselamatan pasien masih

rendah yang disebabkan oleh beberapa faktor yaitu pemahaman terkait pelaporan insiden; Budaya keselamatan pasien; Konsekuensi dari pelaporan; Sosialisasi dan pelatihan; Fasilitas; Umpang balik; dan Penghargaan dan hukuman (Pramesona et al., 2023). Faktor lain yang dapat mendorong rendahnya pelaporan insiden adalah persepsi petugas dipengaruhi oleh pengetahuan tentang apa dan bagaimana cara melapor, sikap skeptis bahwa apabila melapor tidak akan terjadi perubahan, keinginan untuk melupakan kejadian, ketakutan akan hukuman, stress serta kurang fokus terhadap kejadian (Espin et al., 2019).

Pelaporan insiden keselamatan pasien yang efektif dapat membantu dalam mengidentifikasi risiko pada kejadian yang mungkin membahayakan keselamatan pasien (Gqaleni & Mkhize, 2024). Pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran (Kementerian Kesehatan RI, 2021). Hasil dari pelaporan insiden keselamatan digunakan untuk pengambilan keputusan dan dijadikan sebagai pembelajaran. Pengambilan keputusan tersebut agar dapat tepat sasaran, maka diperlukan model system yang mampu memastikan pelaporan tersebut mempertimbangkan kenyamanan, kemudahan, dan kerahasiaan. Dengan demikian perlu diciptakan model sistem pelaporan yang dapat meningkatkan frekuensi pelaporan dan memperbaiki mekanisme pencatatan dan pelaporan insiden keselamatan pasien.

SIMPULAN

Dimensi frekuensi pelaporan yang merupakan dimensi yang memiliki persentase respon positif terendah yaitu sebesar 17.3%. Berdasarkan hasil kuesioner dari jumlah pelaporan yang dilakukan 12 bulan terakhir didapatkan data bahwa mayoritas responden menyatakan tidak ada pelaporan yaitu sebanyak 44%. Hasil wawancara

menyebutkan insiden keselamatan pasien tidak dilaporkan dengan baik, belum ada sistem pelaporan yang baik dan masih terdapat *blaming culture* pada lingkungan kerja perawat.

Rekomendasi yang diberikan agar budaya keselamatan pasien dapat terlaksana dengan baik dengan adalah mengurangi *blaming culture*, memastikan setiap perawat merasa aman untuk melaporkan segala bentuk insiden terkait keselamatan pasien yang terjadi di rumah sakit. Selain itu, perlu ditingkatkan sarana dan fasilitas sehingga program keselamatan pasien dapat berjalan optimal sesuai dengan yang diharapkan.

UCAPAN TERIMAKASIH

Ucapan terima kasih penulis berikan kepada RSUD Arifin Achmad Pekanbaru yang telah memberikan izin dan memfasilitasi penulis dalam melakukan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik. (2022). *Statistik indonesia: statistical yearbook of indonesia 2022*.
- England NHS. (2024). *Monthly data on patient safety incident reports. National Reporting and Learning System (NRLS)*. <https://www.england.nhs.uk/patient-safety/monthly-data-patient-safety-incident-reports/>
- Espin, S., Carter, C., Janes, N., & McAllister, M. (2019). Exploring Health Care Professionals' Perceptions of Incidents and Incident Reporting in Rehabilitation Settings. *Journal of Patient Safety*, 15(2), 154–160. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000214>
- Gqaleni, T. M. H., & Mkhize, S. W. (2024). Barriers to implementing patient safety incident reporting and learning guidelines in specialised care units, KwaZulu-Natal: A qualitative study. *PloS One*, 19(3), e0289857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289857>
- <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289857>
- Kemenkes RI. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien. *Journal of Materials Processing Technology*, 1(1), 1–8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cirp.2016.06.001> <http://dx.doi.org/10.1016/j.jijfatigue.2019.02.006> <https://doi.org/10.1016/j.matlet.2019.04.024> <https://doi.org/10.1016/j.maltet.2019.127252>
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Petunjuk Teknis Penggunaan Aplikasi Laporan Insiden Keselamatan Pasien Di Puskesmas*. Kementerian Kesehatan RI. <https://mutufasyankes.kemkes.go.id/assets/docs/Juknis Aplikasi Laporan IKP di Puskesmas.pdf>
- KNKPRS. (2022). *Laporan insiden keselamatan pasien rumah sakit (patient safety report)*. <https://sirs.yankes.kemkes.go.id/sp2rs/contact.php>
- MoH Malaysia. (2021). *Mpsg: malaysian patient safety goals annual report 2021*.
- Pramesona, B. A., Sukohar, A., Taneepanichskul, S., & Rasyid, M. F. A. (2023). A qualitative study of the reasons for low patient safety incident reporting among Indonesian nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(4), 1–8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0583>
- Wagner, C., Merten, H., Zwaan, L., Lubberding, S., Timmermans, D., & Smits, M. (2016). Unit-based incident reporting and root cause analysis: variation at three hospital unit types. *BMJ Open*, 6(6), e011277. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011277>
- WHO. (2020). *Patient safety incident reporting and learning systems: technical report and guidance*. Geneva: World Health Organization.

WHO. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030 : towards eliminating avoidable harm in health care.* Geneva: World Health Organization.