Indonesian Journal of Hospital Administration
Vol.9, No.2, 2026: 181-194

Available *online* at http://ejournal.almaata.ac.id/index.php/IJHAA
DOI : http://dx.doi.org/10.21927/ijhaa.2026.9(2).181-194

Implementasi Kebijakan Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap dalam Pemenuhan Standar Akreditasi Rumah Sakit: Kualitatif Studi Kasus

Amara Valentina*, Wahyu Rizky

Program Studi Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kusuma Husada, Surakarta, Indonesia
Jalan Jaya Wijaya No.11, Kadipiro, Kecamatan Banjarsari, Kota Surakarta, Jawa Tengah, Indonesia

*Email: amaravlntn@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang: Implementasi keselamatan pasien masih menghadapi tantangan dalam pelaksanaannya. Meskipun telah menyediakan aplikasi pelaporan insiden keselamatan pasien serta berbagai kebijakan dan prosedur pendukung, penerapan keselamatan pasien belum sepenuhnya konsisten. **Tujuan:** tujuan dari penelitian ini untuk menganalisis implementasi kebijakan keselamatan pasien dalam pemenuhan standar akreditasi rumah sakit di instalasi rawat inap. **Metode:** Metodologi penelitian menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif dengan desain studi kasus. Tiga informan dipilih dengan metode *purposive sampling*, yang terdiri dari Ketua Keselamatan Pasien Rumah Sakit (KPRS), Tim KPRS mencakup Karu dan Katim Keperawatan dengan melalui wawancara mendalam, observasi dan dokumentasi. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan aspek komunikasi, sumber daya, dan struktur birokrasi dalam Implementasi sasaran keselamatan pasien di RSUD Kartini Karanganyar telah berjalan optimal, didukung oleh Standar Prosedur Operasional (SPO), kecukupan tenaga, sarana terkalibrasi, serta peran aktif Komite Mutu dan Keselamatan Pasien. Faktor disposisi/sikap pelaksana menjadi titik kritis utama yang menghambat keberhasilan kebijakan keselamatan pasien, meskipun aspek struktural/administratif sudah siap. **Kesimpulan:** Kesimpulan penelitian menunjukkan bahwa implementasi kebijakan keselamatan pasien memerlukan konsistensi pelaksanaan serta peningkatan sikap dan komitmen petugas untuk mendukung terciptanya pelayanan yang aman bagi pasien.

Kata Kunci: Keselamatan Pasien; Akreditasi Rumah Sakit; Implementasi; Rawat Inap

Copyright © 2026 by Authors, published by Indonesian Journal of Hospital Administration. This is an open-access article distributed under the CC BY-SA 4.0 License. Visit http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/

Implementation of Patient Safety Policies in Inpatient Facilities in Compliance with Hospital Accreditation Standards: Qualitative Case Studies

Abstract

Background: *The implementation of patient safety still faces challenges in its implementation. Although it has provided patient safety incident reporting applications and various supporting policies and procedures, the implementation of patient safety has not been completely consistent.* ***Objective:*** *The purpose of this study is to analyze the implementation of patient safety policies in meeting hospital accreditation standards in inpatient facilities.* ***Methods****: The research methodology uses a descriptive qualitative approach with a case study design. Three informants were selected using the purposive sampling method, consisting of the Head of Hospital Patient Safety (KPRS), the KPRS Team including Karu and the Head of Nursing through in-depth interviews, observations and documentation.* ***Results:*** *The results of the study showed that the aspects of communication, resources, and bureaucratic structure in the implementation of patient safety goals at Kartini Karanganyar Hospital have been running optimally, supported by Standard Operating Procedures (SPO), manpower adequacy, calibrated facilities, and the active role of the Quality and Patient Safety Committee. The disposition/attitude factor of the implementer is the main critical point that hinders the success of the patient safety policy, even though the structural/administrative aspects are ready.* ***Conclusions:*** *The conclusion of the study shows that the implementation of the patient safety policy requires consistency in implementation as well as an increase in the attitude and commitment of officers to support the creation of safe services for patients.*

Keywords: *Patient Safety; Hospital Accreditation; Implementation; Hospitalization*.

Artikel info :
diterima 28 Agustus 2026; direvisi[1] 16 Oktober 2026; direvisi[2] 28 Oktober 2026; disetujui 21 Oktober 2026, tersedia secara daring 30 Oktober 2026; dipublikasikan 31 Oktober 2026

PENDAHULUAN

Rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan wajib memenuhi standar akreditasi yang meliputi tata kelola klinis dan korporasi yang baik guna memastikan pelayanan yang berkualitas dan aman bagi pasien (1). Kementerian Kesehatan RI mengadopsi kerangka *international patient safety goals* sebagai komponen standar akreditasi yang paling relevan dengan mutu pelayanan, yang kemudian diterjemahkan menjadi enam Sasaran Keselamatan Pasien (2). Akreditasi dan keselamatan pasien memiliki keterkaitan yang saling memperkuat. Standar akreditasi mencakup aspek yang berkaitan dengan penyelenggaraan pelayanan kepada pasien melalui penerapan *good clinical governance*, serta aspek pengelolaan organisasi rumah sakit yang aman, efektif, efisien, dan terkelola secara optimal melalui penerapan *good corporate governance* pada akhirnya mencerminkan kondisi mutu pelayanan riil suatu rumah sakit sekaligus mendorong perbaikan yang berkelanjutan (3).

Menurut *Institute of Medicine* (IOM), keselamatan pasien merupakan kondisi ketika pasien terlindungi dari cedera atau kejadian yang seharusnya dapat dicegah selama menjalani proses pelayanan kesehatan dan menjadi variabel penting untuk menilai kualitas pelayanan keperawatan (4) (5). *World Health Organization* mencatat insiden kesalahan medis terjadi pada 8–12% pasien rawat inap secara global, dengan Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) diperkirakan mencapai 33,6 juta kasus rawat inap per tahun (6). Data nasional Kementerian Kesehatan RI tahun 2025 mencatat 5.710 insiden keselamatan pasien (5.364 KTD dan 346 sentinel) dari 3.145 rumah sakit di 34 provinsi sepanjang 2023, dengan tipe insiden terbanyak berupa pasien jatuh, kesalahan proses/prosedur pelayanan, *healthcare-associated infections*, dan kesalahan medikasi. Provinsi Jawa Tengah menempati peringkat kedua insidensi keselamatan pasien tertinggi secara nasional sebesar 15,9% (2). Salah satu *healthcare-associated infection* yang paling sering ditemukan, *phlebitis*, bahkan pernah tercatat mencapai 17% di salah satu rumah sakit swasta, jauh melampaui ambang mutu minimal ≤1,5% (7).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Kabupaten Karanganyar pada tahun 2025, diketahui bahwa implementasi sasaran keselamatan pasien telah dilaksanakan dengan baik dan mengacu pada standar yang telah ditetapkan. RSUD Kartini Karanganyar merupakan rumah sakit umum kelas C yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara penuh selama 24 jam, mencatat capaian enam indikator sasaran keselamatan pasien pada bulan Januari–Juni 2025 implementasi sasaran keselamatan pasien telah didukung oleh pencapaian indikator yang relatif tinggi, meskipun beberapa indikator belum mencapai target 100%. Selain itu, belum dilakukan identifikasi terhadap faktor yang menyebabkan penurunan capaian indikator tersebut. Kondisi ini menjadi dasar bagi peneliti untuk melakukan penelitian mengenai implementasi sasaran keselamatan pasien "Analisis Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien dalam Pemenuhan Standar Akreditasi Rumah Sakit (STARKES) di Instalasi Rawat Inap RSUD Kartini Karanganyar".

Berdasarkan uraian pada latar belakang mengenai pelaksanaan sasaran keselamatan pasien, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah "Bagaimana Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien dalam Pemenuhan Standar Akreditasi Rumah Sakit di Instalasi Rawat Inap RSUD Kartini Karanganyar?". Tujuan penelitian ini menganalisis implementasi kebijakan Keselamatan Pasien dalam pemenuhan standar akreditasi rumah sakit di Instalasi Rawat Inap.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif dengan rancangan studi kasus (*case study*) serta dilakukan observasi pada lingkungan Rumah Sakit. Penelitian ini dilakukan di

Instalasi rawat inap RSUD Kartini Karanganyar pada bulan 30 Maret–22 April 2026. Penetapan informan dalam studi ini menerapkan metode *purposive sampling*, penetapan berdasarkan pertimbangan bahwa individu yang dipilih memiliki pengetahuan dan kewenangan paling relevan dengan fokus penelitian (8). Informan dalam penelitian ini sebanyak 3 informan yaitu 1 orang Ketua KPRS, 1 orang Tim KPRS mencakup Kepala Ruangan, serta 1 orang Kepala Tim Keperawatan. Adapun teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dengan teknik wawancara mendalam, observasi dan dokumentasi. Instrumen bantu yang digunakan meliputi pedoman wawancara, ceklis observasi, perekam suara, kamera, dan alat tulis. Keabsahan data diperiksa melalui triangulasi sumber dan triangulasi teknik.

Triangulasi sumber dilakukan dengan membandingkan informasi yang diperoleh dari Ketua KPRS, Tim KPRS mencakup Kepala Ruangan dan Kepala Tim Keperawatan untuk mengidentifikasi kesesuaian maupun perbedaan informasi. Triangulasi teknik dilakukan dengan membandingkan hasil wawancara mendalam dengan hasil observasi dan telaah dokumen yang relevan, seperti Standar Prosedur Operasional (SPO) dan dokumen pendukung pelaksanaan keselamatan pasien. Penelitian ini telah memperoleh persetujuan kelaikan etik (*Ethical Clearance*) dari Komite Etik Penelitian Universitas Kusuma Husada Surakarta. Pelaksanaan penelitian juga dilakukan setelah memperoleh izin dari pihak RSUD Kartini Karanganyar. Sebelum wawancara, informan diberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur penelitian serta dimintai persetujuan untuk berpartisipasi (*informed consent*). Kerahasiaan identitas dan informasi yang diberikan informan dijaga selama proses penelitian dan penyusunan publikasi. Analisis data dalam penelitian ini menggunakan pendekatan deduktif dengan mengacu pada teori implementasi kebijakan George C. Edwards lll menggunakan model interaktif Miles dan Huberman yang meliputi empat tahapan secara berulang, yaitu pengumpulan data, reduksi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan dan verifikasi (9). Data penelitian dikumpulkan melalui wawancara mendalam, observasi, dan telaah dokumen. Data dokumentasi digunakan sebagai data pendukung untuk memvalidasi temuan yang diperoleh melalui wawancara dan observasi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil pengambilan data diambil melalui wawancara mendalam yang dilakukan pada tanggal 30 Maret 2026 pukul 13.00-14.37, tanggal 4 April 2026 pukul 09.00-10.35 dan tanggal 6 April 2026 pukul 13.20-14.31 terhadap 3 orang informan yang sesuai dengan bidang keselamatan pasien. Informan tersebut adalah. Informan tersebut adalah Ketua KPRS, Tim KPRS mencakup Kepala Ruangan dan Kepala Tim Keperawatan. Adapun hasil penelitian disajikan pada **Tabel 1.**

Tabel 1. Rangkuman hasil wawancara terhadap informan

Kata Kunci	Hasil Koding
Sosialisasi kebijakan keselamatan pasien	Sosialisasi kebijakan keselamatan pasien dilakukan melalui *in-house training*, rapat akreditasi, rapat SKP, *briefing*, dan operan jaga. Penyampaian informasi dilakukan secara berjenjang melalui perwakilan unit dan kepala ruang kepada staf.
Ketersediaan pedoman dan prosedur	Kebijakan keselamatan pasien telah didukung oleh panduan SKP dan Standar Prosedur Operasional (SPO). Dokumen tersedia dalam bentuk soft file yang dapat diakses melalui komputer di bangsal, meskipun distribusi dokumen cetak belum merata di seluruh unit.
Ketersediaan sumber daya manusia	Pelaksanaan keselamatan pasien didukung oleh tenaga kesehatan yang bertugas di instalasi rawat inap. Ketersediaan tenaga perlu dilihat bersama beban kerja dan pembagian tugas karena kondisi tersebut dapat memengaruhi konsistensi pelaksanaan pelayanan.
Ketersediaan sarana dan prasarana	Pelaksanaan keselamatan pasien didukung oleh sarana prasarana pelayanan serta fasilitas yang menjalani kalibrasi. Pemanfaatan aplikasi pelaporan insiden berbasis elektronik juga mendukung proses pelaporan keselamatan pasien.
Komitmen dan sikap pelaksana	Tenaga kesehatan telah menunjukkan upaya untuk menerapkan keselamatan pasien dan mengikuti prosedur yang berlaku. Rumah sakit juga mendorong pelaporan insiden sebagai bahan evaluasi dan upaya mencegah kejadian serupa.
Motivasi dalam pelaporan insiden	Pelaporan insiden masih menghadapi hambatan berupa rasa takut, enggan, dan sungkan (pekewuh) pada sebagian tenaga kesehatan. Kondisi tersebut menyebabkan sebagian insiden yang dapat ditangani sendiri terkadang tidak dilaporkan.
Pembagian tugas dan koordinasi	Pelaksanaan keselamatan pasien didukung oleh struktur organisasi yang melibatkan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien serta koordinasi dengan unit pelayanan. Pembagian peran dan koordinasi menjadi bagian dari upaya pelaksanaan kebijakan keselamatan pasien.
Monitoring dan evaluasi	Monitoring dan evaluasi keselamatan pasien dilakukan secara berkala melalui pemantauan capaian indikator, pelaporan insiden, dan evaluasi di unit pelayanan. Dokumentasi hasil evaluasi masih perlu diperhatikan agar pelaksanaan dan tindak lanjutnya dapat ditelusuri.

Komunikasi

Hasil penelitian menunjukkan bahwa komunikasi dalam implementasi kebijakan Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Kartini Karanganyar telah didukung oleh ketersediaan kebijakan dan prosedur keselamatan pasien. Kebijakan tersebut berupa Panduan Sasaran Keselamatan Pasien dan Standar Prosedur Operasional (SPO) yang ditetapkan melalui Keputusan Direktur Nomor 445/165.25 Tahun 2022. SPO tersedia dalam bentuk *soft file* yang dapat diakses melalui komputer di masing-masing bangsal. Penyampaian kebijakan dilakukan melalui *in-house training* (IHT), rapat akreditasi setiap 3 bulan, rapat SKP lintas unit, serta penguatan informasi melalui rapat ruangan dan operan jaga. Media edukasi berupa banner, video, kuis, dan kegiatan stand akreditasi juga digunakan untuk memperkuat pemahaman tenaga kesehatan.

"...biasanya kita ada IHT atau in-house training, terus juga memang kita ada rapat untuk akreditasi setiap 3 bulanan, nanti informasi dalam rapat bisa disampaikan ke unitnya masing-masing." (Informan 1)

Keterangan tersebut sejalan dengan penjelasan Informan 3 yang menyampaikan bahwa sosialisasi kebijakan dilakukan melalui rapat kepala ruang dan dilanjutkan dengan peninjauan kembali materi kepada staf di masing-masing ruangan. Penyampaian informasi dilakukan secara berjenjang dari manajemen kepada kepala ruang dan selanjutnya direview bersama staf. Penguatan kembali dilakukan melalui operan jaga dan konferensi pagi sehingga informasi keselamatan pasien dapat terintegrasi dalam kegiatan pelayanan sehari-hari.

"...salah satu bentuk kebijakan itu kan SPO...biasanya kita nanti itu setiap beberapa waktu...dilakukan sosialisasi, misalnya dalam rapat kepala ruang atau rapat-rapat keperawatan." (Informan 3)

Ketersediaan prosedur tertulis juga menjadi pendukung komunikasi kebijakan. Informan 1 menjelaskan bahwa SPO disediakan dalam bentuk *soft file* di komputer ruangan dan dibagikan melalui grup kepala ruang dan ketua tim. Informan 2 turut menjelaskan bahwa media edukasi berupa banner dan video digunakan untuk menyampaikan informasi keselamatan pasien. Meskipun demikian, sosialisasi dan pelatihan belum sepenuhnya terprogram secara berkala karena keterbatasan pendanaan.

"...tetapi belum terprogram maksudnya harus berapa tahun sekali itu belum...karena kita juga terkait dengan pendanaan." (Informan 2)

Menurut teori implementasi kebijakan George C. Edwards III (10), yang menjelaskan bahwa komunikasi dalam implementasi kebijakan meliputi aspek transmisi, kejelasan, dan konsistensi informasi. Mekanisme penyampaian secara berjenjang menunjukkan bahwa transmisi kebijakan

telah berjalan, sedangkan pengulangan informasi melalui rapat ruangan dan operan jaga mendukung kejelasan dan konsistensi pesan keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan *World Health Organization menegaskan bahwa komunikasi yang efektif, khususnya dalam proses serah terima pasien, merupakan salah satu komponen penting dalam upaya menjamin keselamatan pasien (11)*.

Ketersediaan Panduan Sasaran Keselamatan Pasien dan SPO sebagai sumber informasi tertulis juga menunjukkan bahwa komunikasi kebijakan tidak hanya bergantung pada penyampaian secara lisan. Regulasi dan prosedur tertulis memberikan acuan yang dapat digunakan tenaga kesehatan ketika melaksanakan pelayanan. Sejalan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit yang menempatkan sasaran keselamatan pasien sebagai bagian dari standar akreditasi dan menekankan pentingnya regulasi serta prosedur sebagai dasar pelaksanaan pelayanan yang aman (1). Keberadaan SPO di setiap bangsal juga mendukung akses tenaga kesehatan terhadap informasi yang dibutuhkan dalam pelaksanaan keselamatan pasien.

Meskipun saluran komunikasi telah tersedia, pelaksanaan sosialisasi dan pelatihan belum sepenuhnya terprogram secara sistematis dan berkelanjutan. *In-house training* dilaksanakan secara tahunan, sementara media edukasi telah tersedia di bangsal.

“...kita ada banner di setiap bangsal, ada video edukasi..tapi belum terprogram karena kendalanya di pendanaan.” (Informan 2)

Keterbatasan pendanaan menjadi salah satu kendala dalam pelaksanaan kegiatan sosialisasi dan pelatihan secara lebih terprogram. Kondisi ini menunjukkan bahwa keberagaman media komunikasi belum secara otomatis menjamin optimalnya kesinambungan penguatan kompetensi. Berdasarkan kondisi tersebut, komunikasi keselamatan pasien perlu dipertahankan tidak hanya sebagai kegiatan sosialisasi, tetapi sebagai proses pembelajaran berkelanjutan yang terintegrasi dengan kegiatan pelayanan. Pelatihan yang dilakukan secara terstruktur dapat membantu tenaga kesehatan memahami alasan di balik setiap prosedur, bukan hanya menghafal langkah pelaksanaannya (12).

Sumber Daya

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sumber daya dalam implementasi Sasaran Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Kartini Karanganyar secara umum telah memadai. Kecukupan jumlah perawat menjadi salah satu faktor pendukung dalam pelaksanaan keselamatan pasien. Jumlah tenaga keperawatan disesuaikan dengan kapasitas tempat tidur/*Bed Occupancy Rate* (BOR) dan kebutuhan pelayanan pada masing-masing unit, dengan pengaturan

shift untuk menjamin kesinambungan pelayanan. Keterlibatan mahasiswa praktik dan tenaga magang juga turut membantu pelaksanaan pelayanan di ruang rawat inap.

"...jumlah perawat disini sudah sesuai dengan tempat tidur, jadi untuk melakukan keselamatan pasien secara optimal sudah." (Informan 1)

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kebutuhan tenaga keperawatan telah disesuaikan dengan kapasitas pelayanan. Pengaturan tersebut didukung oleh Keputusan Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Karanganyar Nomor 400.7.3.1/54.25 Tahun 2025 terkait jumlah tempat tidur pasien. Sarana dan prasarana yang tersedia mendukung penerapan keselamatan pasien, antara lain *bed-siderail*, penanda risiko jatuh, serta peralatan medis yang telah dikalibrasi oleh Badan Pengamanan Alat dan Fasilitas Kesehatan (BPAFK) Kemenkes Surakarta juga telah tersedia, serta sistem pelaporan risiko dan insiden melalui PELANIN IKP (Aplikasi Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien). Sistem tersebut memungkinkan tenaga kesehatan melaporkan kondisi yang berpotensi menimbulkan risiko sehingga dapat segera dikoordinasikan dengan unit terkait untuk dilakukan tindak lanjut.

"...kalo ada lantai licin atau plafon mau ambruk itu langsung dilaporkan lewat aplikasi, nanti kita koordinasi dengan IPSRS... untuk pelaporan risiko nanti bisa di isi yang melihat atau yang mengalami sendiri, jadi nama nya PELANIN IKP..." (Informan 1)

Ketersediaan fasilitas tersebut menunjukkan bahwa sumber daya implementasi sasaran keselamatan pasien tidak hanya berupa tenaga kesehatan, tetapi juga mencakup sarana, peralatan, dan sistem informasi yang mendukung pelaksanaan kebijakan. Kondisi ini sejalan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit yang menempatkan keselamatan pasien sebagai bagian dari standar pelayanan rumah sakit dan memerlukan dukungan regulasi serta sumber daya yang memadai (1).

Menurut teori implementasi kebijakan George C. Edwards III (10), bahwa sumber daya dalam implementasi kebijakan tidak hanya berkaitan dengan ketersediaan staf dan fasilitas, tetapi juga kemampuan pelaksana dalam memanfaatkannya secara optimal. Kecukupan tenaga di RSUD Kartini Karanganyar sejalan dengan temuan bahwa ketersediaan tenaga keperawatan memadai mendukung pelaksanaan sasaran keselamatan pasien (13), dan kelayakan sarana-prasarana sejalan dengan temuan bahwa fasilitas sesuai standar akreditasi berkontribusi pada pelaksanaan sasaran keselamatan pasien yang lebih optimal (14). Meskipun sumber daya tenaga dan fasilitas telah memadai, masih ditemukan hambatan nonteknis berupa rendahnya motivasi pelaporan insiden, rasa takut atau sungkan untuk melaporkan.

"...hambatannya lebih ke minat dan motivasi, kadang ada rasa takut untuk melaporkan insiden..." (Informan 2)

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa keberadaan sumber daya fisik dan sistem pelaporan belum sepenuhnya menjamin optimalnya pelaksanaan keselamatan pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian mengenai determinan pelaporan insiden (15) serta faktor budaya organisasi dan lingkungan kerja (16) yang menunjukkan bahwa perilaku pelaporan dipengaruhi oleh lingkungan keselamatan dan dukungan organisasi.

DISPOSISI/SIKAP PELAKSANA

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tenaga kesehatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kartini Karanganyar memiliki komitmen dalam melaksanakan Sasaran Keselamatan Pasien. Komitmen tersebut terlihat dari pelaksanaan identifikasi pasien sebelum tindakan, pemberian edukasi kepada pasien dan keluarga, serta kepatuhan terhadap SPO. Penerapan prosedur keselamatan pasien juga diperkuat melalui *briefing* saat operan jaga dan *review* rutin di unit pelayanan. Meskipun memiliki komitmen dalam melaksanakan keselamatan pasien, sikap tenaga kesehatan menunjukkan bahwa budaya pelaporan insiden belum sepenuhnya terbuka. Sebagian tenaga kesehatan masih menunjukkan keengganan untuk melaporkan insiden karena adanya kekhawatiran terhadap konsekuensi personal yang mungkin timbul setelah pelaporan.

"...belum semuanya mau melaporkan karena mungkin takut nanti yang dicari saya..." (Informan 2)

Selain rasa takut, terdapat pula rasa enggan dalam melaporkan insiden, terutama ketika kejadian masih dianggap dapat diselesaikan secara langsung tanpa melalui mekanisme pelaporan.

"...kadang ada rasa pekewuh untuk melaporkan, jadi kalau masih bisa ditangani sendiri biasanya kadang tidak dilaporkan..." (Informan 3)

Menurut teori implementasi kebijakan George C. Edwards III (10), disposisi mengenai sikap, komitmen, dan kemauan pelaksana sangat penting untuk memastikan keberhasilan suatu kegiatan atau proyek. Komitmen tenaga kesehatan dalam menjalankan prosedur keselamatan pasien menunjukkan bahwa sikap pelaksana telah mendukung implementasi kebijakan. Namun, keengganan dalam melaporkan insiden menunjukkan bahwa sikap pelaksana belum sepenuhnya mendukung seluruh aspek keselamatan pasien, khususnya pada mekanisme pelaporan.

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa keberadaan kebijakan, SPO, dan sistem pelaporan belum secara otomatis menghasilkan perilaku pelaporan yang optimal. Pelaksana perlu memiliki rasa aman dan keyakinan bahwa pelaporan digunakan sebagai bagian dari pembelajaran dan

perbaikan pelayanan, bukan semata-mata untuk mencari pihak yang bertanggung jawab. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menunjukkan bahwa budaya organisasi yang berorientasi pada pemberian sanksi (*blaming culture*) dapat menimbulkan rasa takut untuk melaporkan insiden (16). Kekhawatiran terhadap sanksi dan persepsi negatif terhadap proses pelaporan juga menjadi faktor yang dapat menghambat tenaga kesehatan dalam melaporkan insiden (15). Hasil tersebut juga memperkuat penelitian yang menunjukkan bahwa sikap tenaga kesehatan berperan dalam menentukan konsistensi penerapan keselamatan pasien, di samping pengetahuan dan ketersediaan sarana pendukung (17).

STRUKTUR BIROKRASI

Hasil penelitian menunjukkan bahwa struktur birokrasi dalam implementasi Sasaran Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Kartini Karanganyar telah didukung oleh pembagian fungsi dan tanggung jawab yang jelas. Komite Mutu dan Keselamatan Pasien berperan dalam melakukan monitoring, evaluasi, investigasi insiden, serta tindak lanjut perbaikan secara berjenjang hingga tingkat manajemen. Pelaksanaan supervisi di lapangan juga didukung oleh *case manager* yang melakukan pengawasan, sedangkan monitoring dan evaluasi secara berkala dilakukan oleh manajemen dan Kepala Bidang Keperawatan.

"...setiap 3 bulan biasanya ada monitoring dan evaluasi dari manajemen, kabid keperawatan, dan komite mutu untuk mereview pelaksanaan SPO..." (Informan 3)

Struktur organisasi tersebut menunjukkan bahwa implementasi keselamatan pasien telah memiliki mekanisme koordinasi dan pengawasan yang melibatkan berbagai tingkatan organisasi. Pembagian fungsi antara Komite Mutu dan Keselamatan Pasien, *case manager*, manajemen, dan unit pelayanan memungkinkan proses monitoring, evaluasi, dan tindak lanjut dilakukan sesuai dengan tanggung jawab masing-masing. Kondisi tersebut mendukung pandangan Edwards III (10), bahwa struktur birokrasi yang memiliki pembagian tugas dan mekanisme koordinasi yang jelas dapat mempermudah pelaksanaan kebijakan secara konsisten.

Struktur birokrasi yang mendukung keselamatan pasien juga sejalan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit yang menekankan pentingnya pengorganisasian mutu dan keselamatan pasien melalui unit atau tim yang memiliki tanggung jawab dalam pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi program keselamatan pasien (1). Keberadaan Komite Mutu dan Keselamatan Pasien di RSUD Kartini Karanganyar menunjukkan bahwa fungsi tersebut telah ditempatkan dalam struktur organisasi dan memiliki peran dalam pengendalian mutu serta keselamatan pasien. Keberadaan komite atau tim yang menjalankan fungsi monitoring dan evaluasi dapat mendukung pelaksanaan program keselamatan pasien di rumah sakit (18).

KESIMPULAN DAN SARAN

Implementasi Sasaran Keselamatan Pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Kartini Karanganyar telah didukung oleh komunikasi, sumber daya, disposisi pelaksana, dan struktur birokrasi. Aspek komunikasi, sumber daya dan struktur birokrasi telah berjalan optimal, sedangkan pada aspek Disposisi/sikap pelaksana belum optimal karena budaya pelaporan insiden yang masih dibayangi rasa takut dan sungkan, meskipun komitmen menjalankan SPO dalam pelayanan harian sudah baik.

Berdasarkan hasil penelitian, rumah sakit disarankan untuk memperkuat budaya pelaporan insiden dengan menciptakan lingkungan yang terbuka, aman, dan tidak menghukum individu/budaya (*non-punitif*), serta secara konsisten memberikan umpan balik dan tindak lanjut agar tenaga kesehatan merasa lebih berani dalam melaporkan insiden. Tenaga kesehatan seharusnya berupaya meningkatkan kesadaran, tanggung jawab, dan komitmen mereka dalam menerapkan sasaran keselamatan pasien, serta aktif melaporkan kasus sebagai bagian dari proses pembelajaran dan peningkatan kualitas pelayanan. Bagi peneliti berikutnya, studi ini dapat diperluas dengan mencakup unit pelayanan yang lebih banyak dan menggunakan pendekatan yang berbeda untuk mendapatkan gambaran yang lebih menyeluruh tentang penerapan keselamatan pasien.

PERNYATAAN PENGGUNAAN AI

Penyusunan artikel ini memanfaatkan kecerdasan buatan (*Artificial Intelligence/AI*) digunakan secara terbatas untuk membantu perbaikan tata bahasa dan struktur kalimat, dan penyusunan draf teks. Seluruh gagasan penelitian, pengumpulan dan analisis data, serta interpretasi hasil merupakan tanggung jawab penulis. Penulis juga bertanggung jawab penuh atas keakuratan dan orisinalitas artikel serta memastikan bahwa penggunaan AI tidak menggantikan kontribusi ilmiah utama penulis dan tetap memperhatikan etika publikasi.

KONTRIBUSI PENULIS

AV berkontribusi dalam perumusan ide penelitian, penyusunan proposal, pengumpulan dan analisis data, interpretasi hasil penelitian, serta penyusunan draf artikel. WR berkontribusi dalam pembimbingan konseptual, pengawasan metodologi penelitian, verifikasi analisis data, serta penyuntingan naskah artikel. AV dan WR berkontribusi dalam penelaahan dan revisi naskah serta persetujuan versi akhir artikel untuk diajukan ke publikasi. Seluruh penulis telah membaca dan menyetujui versi akhir artikel untuk diajukan publikasi.

SUMBER DANA

Penelitian ini dibiayai oleh dana pribadi penulis. Penulis menyatakan tidak menerima hibah, sponsor, atau dukungan finansial dari institusi maupun pihak lain yang memiliki kepentingan terhadap hasil penelitian ini.

KONFLIK KEPENTINGAN

Penulis menyatakan tidak ada konflik kepentingan yang berkaitan dengan pelaksanaan penelitian, penyusunan artikel, maupun keputusan untuk mengajukan artikel ini untuk publikasi. Penulis tidak memiliki hubungan finansial maupun nonfinansial dengan pihak mana pun yang dapat memengaruhi objektivitas hasil penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kepmenkes. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/1596/2024 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit. Jakarta; 2024.
2. Sari FA, Intening VR, Permina Y, Sudarta IW. Evaluasi Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Swasta Tipe C Semarang. Prosiding STIKES Bethesda. 2024;4(1):28–38. https://jurnal.stikesbethesda.ac.id/index.php/p/article/view/547
3. Fitriani E, Afandi D, Herniwanti, Rany N, Jepisah D. Penerapan Indikator Nasional Mutu (INM) untuk Peningkatan Mutu Pelayanan dalam Pencapaian Standar Akreditasi Rumah Sakit di RSUD Bangkinang. Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat. 2024;7(2):517–29. https://doi.org/10.33024/jkpm.v7i2.12278
4. Rejeki M, Rizky W, Putri SAS. Tingkat Pengetahuan Perawat dalam Pelaksanaan Identifikasi Patient Safety di Rumah Sakit. Indonesian Journal of Hospital Administration. 2024;7(2):37–43. https://doi.org/ 10.21297ijhaa.2024.7(2).37-43
5. Haritsa AI, Haskas Y. Evaluasi Pelaksanaan Keselamatan Pasien (Pasien Safety) di Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji Makassar. Jurnal Ilmiah Mahasiswa & Penelitian Keperawatan. 2021;1(1):58–66. https://doi.org/10.35892/jimpk.v1i1.495
6. Widyanthi N, Sumiaty, Septianty. Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat dengan Penerapan Patient Safety di Ruang Rawat Inap. Window of Public Health Journal. 2021;2(3):536–42. https://doi.org/10.33096/woph.v2i3.207
7. Rizky W. Analisis Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Phlebitis pada Pasien yang Terpasang Kateter Intravena di Ruang Bedah Rumah Sakit Ar. Bunda Prabumulih. Jurnal

Ners dan Kebidanan Indonesia. 2016;4(2):102–8. : http://dx.doi.org/10.21927/jnki.2016.4(2).102-108

8. Sugiyono. Metode Penelitian Kualitatif. Bandung: Alfabeta; 2023.
9. Nilam SM, Leon A, Mappanyompa, Indah AA. Metode Penelitian Kualitatif (Konsep & Aplikasi). Jawa Barat: Mega Press Nusantara; 2024.
10. Edwards GC. Implementing Public Policy. Congressional Quarterly Press; 1980. (Politics and public policy series).
11. World Health Organization. Patient Safety. 2023. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety
12. Dhamanti I, Lailiyah S, Zairina E, Widodo MR. Peningkatan Pengetahuan Sumber Daya Manusia di RSUD Sanjiwani Gianyar terkait Sasaran Keselamatan Pasien melalui Kegiatan Pelatihan. Jurnal Layanan Masyarakat. 2022;6(2):483–91. https://doi.org/10.20473/jlm.v6i2.2022.483-491
13. Saputra RA, Rizky W. Gambaran Pelaksanaan Sasaran Keselamatan Pasien oleh Perawat Berdasarkan Standar Akreditasi Rumah Sakit di Instalasi Rawat Inap RSUD Kabupaten Karanganyar. Indonesian Journal of Hospital Administration. 2023;6(2):53–62. https://doi.org/10.21927/ijhaa.2023.6(2).53-62
14. Sendoh ACP, Pertiwi JM, Manoppo JIC. Analisis Penerapan Sasaran Keselamatan Pasien di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit X Provinsi Sulawesi Utara. Medical Scope Journal. 2023;5(1):50–6. https://doi.org/10.35790/msj.v5i1.48229
15. Susanto A, Handiyani H. Analisis Determinan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien oleh Perawat di Rumah Sakit: Tinjauan Sistematik. Quality : Jurnal Kesehatan 2023;17(1):52–63. https://doi.org/10.36082/qjk.v17i1.1039
16. Jacobus DWC, Setyaningsih Y, Arso SP. Analisis Pengaruh Budaya Keselamatan Pasien, Budaya Organisasi dan Lingkungan yang Mendukung terhadap Motivasi Melaporkan Insiden Keselamatan Pasien (Systematic Review). Jurnal Kesehatan Masyarakat Indonesia. 2022;9(2):157–66. https://doi.org/10.31602/ann.v9i2.6842
17. Salsabila AN, Dhamanti I. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perawat dalam Penerapan Keselamatan Pasien di Rumah Sakit: Literature Review. Jurnal Ners. 2023;7(1):524–30. https://doi.org/10.31004/jn.v7i1.13740
18. Sihotang SRB, Hartini MI, Jati SP. Pelaksanaan Patient Safety Aspek Tujuh Langkah berdasarkan Peran Komite Medik di Rumah Sakit Islam Nahlahatul Ulama Demak. Media

Kesehatan Masyarakat. 2021;19(1):26–30. https://doi.org/10.14710/mkmi.19.1.26-30

19. Habibah T, Dhamanti I. Faktor yang Menghambat Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di Rumah Sakit: Literature Review. Jurnal Kesehatan Andalas. 2020;9(4):449–60. https://doi.org/10.25077/jka.v9i4.1460
20. Somania S, Hariati S, Syahrul. Strategi Peningkatan Budaya Pelaporan Patient Safety di Rumah Sakit. Journal of Telenursing. 2023;5(2):2831–42. https://doi.org/10.31539/joting.v5i2.6713