

ANALISIS IMPLEMENTASI METODE *HIYARI HATTO/ NEAR MISS* DALAM UPAYA PENCEGAHAN KECELAKAAN KERJA (KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA) DI PT. XYZ

Arief Lukman Hakim

S-1 Pendidikan Teknik Mesin, Fakultas Teknik, Universitas Negeri Surabaya

E-mail: arief.22034@mhs.unesa.ac.id

Muamar Zainul Arif

Jurusan Teknik Mesin, Fakultas Teknik, Universitas Negeri Surabaya

E-mail: muamararif@unesa.ac.id

Abstrak

Penelitian ini Mengetahui alur, prosedur, dan bentuk tindak lanjut dari pelaporan sebagai implementasi metode *Hiyari Hatto* dalam sistem manajemen K3 di PT. XYZ. Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif-deskriptif. Data pada penelitian ini bersumber dari website internal HSSE dan laporan *non-conformity* di manajemen K3 PT.XYZ. teknik pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini yaitu observasi secara langsung pada website internal tim HSSE dan studi dokumentasi. Hasil pada penelitian ini berupa alur dan prosedur pelaporan *Hiyari Hatto* yang meliputi *staff log-in*, *staff* mengisi formulir *NC registration*, rekap data pengisian, temuan audit yang kemudian diterima atau ditolak untuk dilakukan tindak lanjut. Kemudian bentuk tindak lanjut yang terdapat di PT. XYZ meliputi *Work Order*, *Job Plan*, Tindak lanjut lapangan, Rekomendasi *Dashboard*, dan rekap *incident* sebagai pembanding efektivitas prosedur tersebut.

Kata Kunci: Kesehatan dan Keselamatan Kerja, Metode *Hiyari Hatto*, *Near Miss*.

Abstract

This study examines the workflow, procedures, and forms of follow-up associated with reporting under the Hiyari Hatto method within PT XYZ's OHS (Occupational Health and Safety) management system. A descriptive-qualitative research approach was employed. Data were sourced from the HSSE team's internal website and non-conformity reports within PT XYZ's OHS management system. Data collection methods included direct observation of the HSSE team's internal website and a review of relevant documentation. The study outlines the Hiyari Hatto reporting workflow and procedures, which encompass staff login, completion of the non-conformity (NC) registration form, data compilation, and the processing of findings—which are either accepted or rejected for subsequent action. Furthermore, the follow-up measures implemented at PT XYZ include Work Orders, Job Plans, field-based follow-ups, dashboard recommendations, and incident summaries used to evaluate the procedure's effectiveness.

Keywords: Occupational Health and Safety, Miyari Hatto Method, Near Miss.

PENDAHULUAN

Keselamatan dan kesehatan kerja (K3) merupakan aspek fundamental yang wajib diperhatikan oleh setiap perusahaan, terutama yang bergerak di sektor industri dengan aktivitas berisiko tinggi seperti jasa kepelabuhanan dan logistik (Guerin, R., Glasgow, R., Tyler, A., Rabin, B., &

Huebschmann, A. (2022). PT. XYZ merupakan salah satu perusahaan yang memiliki peran penting dalam mendukung kegiatan ekspor dan impor melalui pengelolaan bongkar muat petikemas. Aktivitas operasional di lingkungan terminal petikemas melibatkan berbagai alat berat seperti *container crane*, *reach stacker*, forklift, serta

aktivitas mobilisasi petikemas dalam volume yang besar dan waktu yang ketat. Kondisi tersebut menyebabkan lingkungan kerja di terminal petikemas memiliki potensi bahaya yang tinggi, baik terhadap pekerja maupun terhadap kelancaran proses operasional (Gia, K., Huyen, T., Anh, T., Trung, H., Kim, T., & Phuoc, K. (2024).

Data kecelakaan kerja di industri pelabuhan pada umumnya menunjukkan bahwa sebagian besar insiden terjadi bukan hanya karena faktor teknis, tetapi juga akibat kelalaian manusia, kurangnya kewaspadaan, serta lemahnya budaya keselamatan kerja. Tantangan utama dalam Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) adalah menurunkan angka kecelakaan kerja (Dewanti & Darmawan, 2022). Kecelakaan tidak hanya berdampak pada pekerja, namun juga dapat mengakibatkan kerugian finansial, gangguan operasional, hingga merusak citra perusahaan. Oleh karena itu, perusahaan perlu menerapkan strategi pencegahan yang tidak hanya bersifat reaktif, tetapi juga proaktif dalam mengidentifikasi dan mengatasi potensi bahaya sebelum insiden terjadi.

Tentunya suatu kecelekaan pasti melalui beberapa proses yang diakibatkan oleh faktor teknik, hal ini selaras dengan teori piramida kecelakaan yang dikemukakan oleh Heinrich. Menurut Heinrich kecelakaan kerja tidak terjadi secara kebetulan, melainkan melalui pola hubungan statistik yang dikenal dengan rasio 300:29:1. Konsep ini menjelaskan bahwa di balik setiap kejadian hampir kecelakaan fatal atau cedera berat, terdapat 29 kejadian cedera ringan dan 300 kejadian hampir celaka (*near miss* atau *Hiyari Hatto*) yang tidak menyebabkan kerugian fisik namun memiliki potensi bahaya. Implementasi teori ini dalam penelitian di PT. XYZ sangat krusial, karena menunjukkan bahwa upaya pencegahan kecelakaan yang paling efektif dilakukan dengan memutus rantai insiden pada tingkat paling bawah, yaitu dengan mengidentifikasi dan menangani setiap kejadian hampir celaka sebelum terakumulasi menjadi kecelakaan besar yang fatal.

Salah satu metode yang mulai banyak diterapkan dalam sistem manajemen K3 modern adalah metode *Hiyari Hatto*. Metode ini berasal

dari Jepang dan berfokus pada pelaporan serta analisis terhadap kejadian “nyaris celaka” (*near miss*) atau situasi yang hampir menyebabkan kecelakaan tetapi tidak sampai menimbulkan kerugian atau cedera. Istilah “*Hiyari*” berarti perasaan terkejut atau kaget, sedangkan “*Hat-to*” menggambarkan momen ketika seseorang menyadari potensi bahaya secara tiba-tiba. Melalui pendekatan ini, pekerja didorong untuk melaporkan setiap kondisi tidak aman, tindakan berbahaya, maupun kejadian nyaris celaka yang mereka temui dalam pekerjaan sehari-hari. Penerapan sistem pelaporan *Hiyari Hatto* merupakan pendekatan proaktif yang esensial dalam membentuk budaya keselamatan kerja (Irwati, 2025). Laporan tersebut kemudian dianalisis untuk mengidentifikasi akar penyebab dan merumuskan tindakan pencegahan yang tepat.

Implementasi metode *Hiyari Hatto* memiliki manfaat besar dalam membangun budaya keselamatan kerja yang partisipatif. Berbeda dengan pendekatan tradisional yang cenderung hanya fokus pada investigasi setelah kecelakaan terjadi, *Hiyari Hatto* menekankan pencegahan dini melalui keterlibatan aktif seluruh pekerja (Gonçalves, A., Dutra, A., & Mussi, C. (2025). Dalam konteks PT. XYZ, metode ini dapat membantu perusahaan mengenali potensi bahaya spesifik di lapangan, seperti kondisi jalan operasional yang licin, alat berat yang tidak terparkir dengan benar, atau komunikasi antar pekerja yang kurang efektif saat proses bongkar muat berlangsung.

Namun demikian, keberhasilan penerapan metode *Hiyari Hatto* tidak terlepas dari tantangan. Beberapa faktor yang sering menjadi kendala antara lain rendahnya kesadaran pekerja terhadap pentingnya pelaporan *near miss*, kurangnya pelatihan mengenai metode tersebut, serta lemahnya tindak lanjut dari laporan yang telah masuk. Insiden nyaris celaka, atau yang dikenal sebagai *Hiyari Hatto*, adalah bagian penting yang harus dianalisis untuk mencegah kecelakaan yang lebih besar (Mizusawa, & Nakatani, 2018). Jika faktor-faktor ini tidak dikelola dengan baik, maka metode *Hiyari Hatto* tidak akan memberikan dampak maksimal terhadap pencegahan kecelakaan kerja. Oleh karena itu, perlu dilakukan analisis yang

mendalam mengenai sejauh mana metode ini telah diimplementasikan secara efektif di lingkungan PT XYZ.

PT. XYZ merupakan salah satu pilar utama dalam mata rantai logistik nasional yang berfungsi sebagai pintu gerbang ekspor-impor internasional di wilayah timur Indonesia. Sebagai terminal petikemas dengan volume arus barang yang sangat tinggi, PT. XYZ mengoperasikan infrastruktur mutakhir yang melibatkan integrasi antara manusia, alat berat berkapasitas besar, serta alur kendaraan yang sangat padat selama 24 jam penuh. Karakteristik operasional ini menciptakan lingkungan kerja dengan tingkat risiko tinggi (*high-risk environment*), di mana berbagai potensi kecelakaan kerja dapat terjadi kapan saja. Beberapa contoh kemungkinan kecelakaan tersebut meliputi tabrakan antarkendaraan pengangkut *head truck* di area dermaga atau lapangan penumpukan, risiko pekerja terjepit atau tertimpa peti kemas saat proses *loading-unloading*, hingga potensi kegagalan mekanis pada alat angkat seperti *Container Crane (CC)* atau *Rubber Tyred Gantry (RTG)* yang dapat berakibat fatal. Mengingat kompleksitas bahaya ini, penerapan sistem deteksi dini melalui palporan *Hiyari Hatto* menjadi sangat mendesak untuk memastikan setiap anomali operasional dapat segera dimitigasi sebelum menimbulkan kerugian nyawa maupun aset perusahaan.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini berfokus pada analisis implementasi metode *Hiyari Hatto* dalam upaya pencegahan kecelakaan kerja di PT XYZ. Penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran yang komprehensif mengenai efektivitas penerapan metode *Hiyari Hatto*, kendala yang dihadapi, serta upaya perbaikan yang dapat dilakukan. Hasil penelitian ini juga diharapkan dapat menjadi masukan bagi perusahaan dalam meningkatkan sistem manajemen K3, membangun budaya pelaporan yang aktif, serta menciptakan lingkungan kerja yang aman dan produktif. Tujuan utama dari penerapan sistem ini adalah untuk mengidentifikasi dan mengeliminasi bahaya tersembunyi sebelum bahaya tersebut menyebabkan kerugian (Fukuda, dkk, 2005). Oleh karena itu, *Hiyari Hatto* bukan hanya sekadar pelaporan, tetapi merupakan sistem

pembelajaran berkelanjutan untuk peningkatan keselamatan.

Penerapan sistem *Hiyari Hatto* mencakup tiga tahapan kunci yang membutuhkan komitmen dari semua tingkatan pekerja (Nakagawa, 2019):

1. Pelaporan Aktif: Semua pekerja didorong untuk melaporkan setiap kejadian nyaris celaka yang mereka alami atau saksikan. Pelaporan ini harus bersifat *non-punitive* (tanpa hukuman) agar budaya pelaporan dapat terbentuk dan pekerja tidak ragu untuk berbagi informasi bahaya .
2. Analisis Akar Penyebab: Laporan *Hiyari Hatto* kemudian dianalisis secara mendalam untuk menemukan akar penyebabnya, baik dari segi kondisi tidak aman (*unsafe condition*) maupun tindakan tidak aman (*unsafe act*) .
3. Tindakan Pengendalian (*Determining Control*): Berdasarkan analisis risiko yang dilakukan, langkahlangkah pengendalian yang spesifik dan efektif ditetapkan. Tindakan ini harus segera diimplementasikan untuk mencegah terulang kembali insiden yang sama yang berpotensi menjadi kecelakaan serius.

METODE

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah kualitatif, dengan tujuan untuk menggambarkan penerapan metode *Hiyari Hatto* untuk pengendalian risiko K3 di PT. XYZ . Tujuan utama dari penelitian kualitatif adalah untuk mengidentifikasi hubungan sebab-akibat, eksplorasi dan pemahaman mendalam, deskripsi konteks alamiah, pembentukan teori dan konsep baru, serta interpretasi makna dan pengalaman penulis. Pendekatan ini biasanya menggunakan studi kasus, fenomenologi, teori dasar, analisis dokumen dan arsip, dan observasi terstruktur (Sufi Nur Hakiki & Rostina Sundayana, 2022). Data yang diperoleh kemudian dipilah, dipilih dan memfokuskan data mentah, lalu mengorganisasi data dalam bentuk matriks, *flowchart*, atau narasi deskriptif, dan menarik kesimpulan dari makna data yang tereduksi dan tersaji.

Penelitian ini dilaksanakan di PT. XYZ yang berlokasi di Surabaya, Jawa Timur, 60177. Waktu penelitian ini dilaksanakan pada bulan Mei

2026, yang mencakup tahap persiapan, pengumpulan data, analisis data, hingga penyusunan laporan akhir. Fokus penelitian ini adalah analisis penerapan metode *Hiyari Hatto/Near Miss* dalam upaya pengendalian risiko Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) di PT. XYZ, yang mencakup beberapa aspek berikut:

- a) Proses penerapan metode *Hiyari Hatto/Near Miss*, mulai dari pelaporan, identifikasi bahaya, hingga tindak lanjut perbaikan.
- b) Peran manajemen dan pekerja dalam pelaksanaan dan keberlanjutan program pelaporan *Near Miss*.

Teknik pengumpulan data merupakan cara peneliti untuk mengumpulkan (Sugiyono, 2010). Untuk memperoleh data yang relevan dan mendalam, peneliti menggunakan beberapa teknik pengumpulan data untuk penelitian ini. Observasi dilakukan dengan meninjau isi dokumen pelaporan *Non-Comformity*. Hal ini dilakukan untuk mengetahui sejauh mana partisipasi para pekerja di PT. XYZ dalam melaporkan kegagalan sistem melalui website internal HSSE. Studi dokumentasi digunakan untuk menelaah berbagai dokumen resmi yang berkaitan dengan pelaksanaan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) serta sistem pelaporan *Near Miss* di PT. XYZ. Teknik ini bertujuan untuk memperkuat hasil dan observasi, serta memastikan validitas temuan penelitian melalui triangulasi data.

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik analisis data berupa metode kualitatif deskriptif (Hashimov, 2005). Yaitu analisis :

1. Reduksi Data (*Data Reduction*)
Proses pemilihan, pemusatan perhatian, penyederhanaan, dan transformasi data kasar dari hasil, observasi, dan dokumentasi menjadi informasi yang relevan dengan fokus penelitian.
2. Penyajian Data (*Data Display*)
Data yang telah direduksi disusun dalam bentuk uraian naratif, tabel ringkasan, atau matriks tematik agar lebih mudah dipahami dan dianalisis.
3. Penarikan Kesimpulan dan Verifikasi (*Conclusion Drawing / Verification*)

Tahap ini melibatkan penafsiran makna dari data yang telah disajikan untuk menjawab rumusan

masalah penelitian, serta melakukan verifikasi terhadap kesimpulan dengan cara membandingkan berbagai sumber data (*triangulasi*). Untuk menjamin validitas data, peneliti menggunakan empat kriteria validitas data menurut (Luthfiyani & Murhayati, 2024), yaitu:

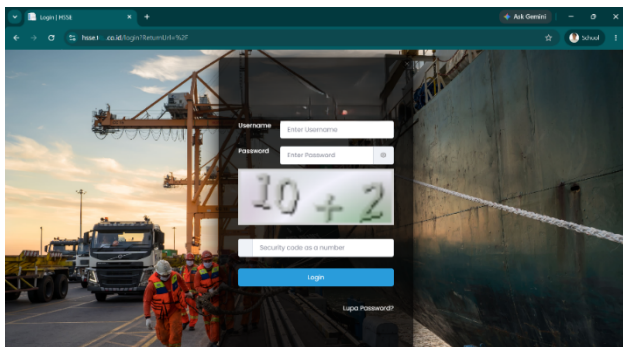
1. *Dependability* (Kebergantungan)
Dijaga melalui setiap aktivitas, yaitu pencatatan lengkap proses penelitian mulai dari pengumpulan data hingga analisis.
2. *Credibility* (Kepercayaan)
Dicapai melalui triangulasi teknik (observasi, dokumentasi), *member check* melalui informasi yang didapat, dan keterlibatan peneliti yang cukup lama di lapangan selama magang praktik kerja.
3. *Confirmability* (Kepastian)
Dicapai dengan menjaga objektivitas peneliti, memastikan bahwa hasil penelitian benar-benar bersumber dari data, bukan dari kesalahan proses penelitian peneliti.
4. *Transferability* (Keteralihan)
Dicapai dengan memberikan deskripsi yang jelas dan rinci tentang konteks penelitian agar pembaca dapat menilai sejauh mana hasil penelitian dapat diterapkan pada konteks lain.

HASIL

a) Alur Pelaporan *Hiyari Hatto* dalam Sistem Manajemen K3 di PT. XYZ

Alur pelaporan *Hiyari Hatto* dalam sistem Manajemen K3 di PT. XYZ dilakukan melalui website internal Tim HSSE di PT. XYZ tersebut. Dimulai dari registrasi akun staff, pengisian formulir *Non-Comformity*, rekam data pengisian, dan temuan audit terkait laporan. *Non-Comformity* merupakan sebutan lain untuk kondisi suatu hal, proses, atau tindakan yang tidak selaras atau tidak sesuai standar yang ditetapkan. Hal tersebut selaras dengan definisi *Hiyari Hatto* merupakan kejadian hampir celaka yang harus dilaporkan sebelum terjadinya

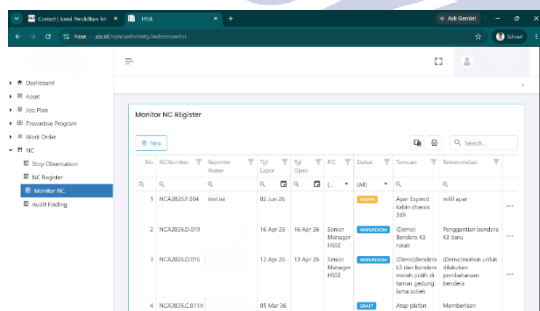
insiden. Tahapan pertama yaitu registrasi akun staff dapat dilihat melalui gambar berikut.



Gambar 1 tampilan awal website login staff

Tahapan pertama yaitu registrasi akun staff HSSE melalui website hsse.xxx.co.id/login. Website tersebut dirancang khusus untuk melindungi pihak luar mengakses data di dalamnya. Untuk masuk, staff perlu mengisi username dan password, kemudian menuliskan nomor sebagai kode keamanan. Lalu mengklik tombol login.

Setelah melakukan registrasi dengan memasukkan data tersebut. Tampilan akan berubah ke *dashboard*, lalu menuju ke menu *NC registration* untuk mendaftarkan kejadian *Non-Comformity* yang diketahui oleh staff, seperti kabel rusak, pafing bergelombang, rambu rusak, dan lain-lain. Tampilan formulir tersebut dapat dilihat melalui gambar berikut.

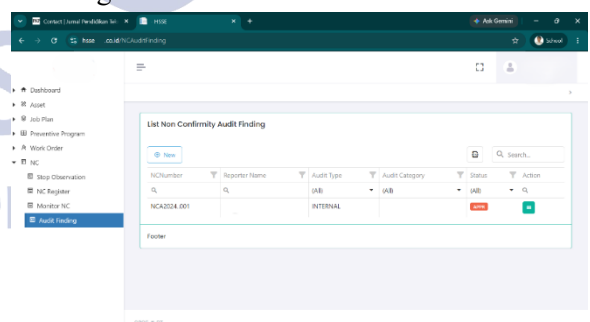


Gambar 3 Formulir NC Registration

Formulir tersebut diisi untuk mendaftarkan *Non-Comformity*. Hal yang diisi dalam formulir tersebut meliputi tempat kejadian (*site*), nama pelapor, lokasi, temuan, rekomendasi, keterangan, dokumentasi temuan. Kemudian setelah mendaftarkan temuan tersebut, data akan terekap dalam *Monitor NC Register*. Tampilan tersebut dapat dilihat melalui gambar berikut.

Gambar 2 Monitor NC Register

Tampilan *Monitor NC Register* memuat data registrasi *NC Register* yang telah didaftarkan oleh staff HSSE. Data tersebut meliputi kode *NC-Number*, tanggal lapor, tanggal *open*, PIC, status, temuan, rekomendasi, dan *action*. Setiap *NC Report* selalu terdaftar dengan kode nomor. Kemudian tombol *action* hanya diberikan akses pada tim audit untuk menerima atau meninjau ulang laporan. Tinjauan laporan tersebut diperiksa oleh tim audit dan direkap melalui menu audit *finding*. Menu tersebut dapat dilihat melalui gambar berikut.



Gambar 4 Audit Finding

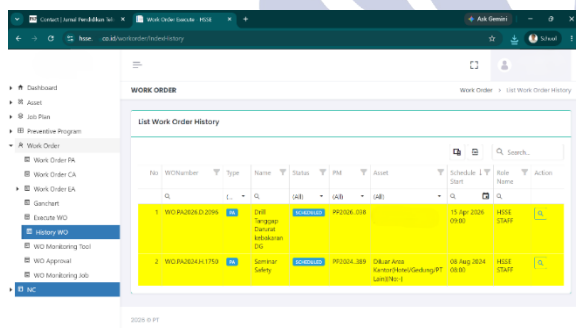
Gambar di atas merupakan tampilan menu *audit finding*. Tampilan tersebut berisikan *NC Number*, nama pelapor, tipe audit, kategori audit dan *approve*, serta *action*. Daftar temuan audit yang sudah diterima oleh tim audit direkap melalui menu tersebut.

Dari tahapan yang telah dipaparkan dapat disimpulkan bahwa terdapat empat tahapan yang

perlu dilakukan oleh staff pelapor *Non-Comformity* atau yang dalam penelitian ini disebut sebagai *Hiyari Hatto*. Pelaporan tersebut dilakukan oleh staff HSSE untuk mendata kejadian hampir celaka seperti definisi dari *Hiyari Hatto* tersebut.

b) Tindakan Lanjut dari Pelaporan *Hiyari Hatto* oleh Pekerja di PT. XYZ

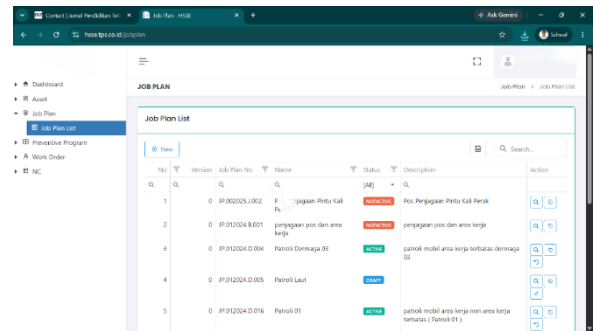
Tindak lanjut dari pelaporan *Hiyari Hatto* oleh pekerja di PT. XYZ dilakukan setelah laporan masuk dan terekap. Setelah dilakukan pelaporan dan ditinjau oleh tim audit, dilakukan tindak lanjut pengendalian kejadian hampir celaka yang terdaftar dalam Monitor NC Register. Tindak lanjut tersebut berupa munculnya permintaan Tindakan mengenai kejadian hampir celaka (*list work order*) yang dapat dilihat melalui menu *work order* (WO).



Gambar 6 History Work Order

Gambar di atas merupakan tampilan menu work order. Menu ini akan muncul Ketika ada permintaan Tindakan terkait pelaporan *Non-Comformity* yang dilakukan oleh staff HSSE atau staff lain yang melalui staff HSSE. Tentunya laporan tersebut telah ditinjau oleh audit dan tercatat dalam temuan audit (menu audit finding). Seperti dalam gambar, contoh permintaan Tindakan atau work order, yaitu permintaan untuk drill tanggap darurat dan seminar *safety*.

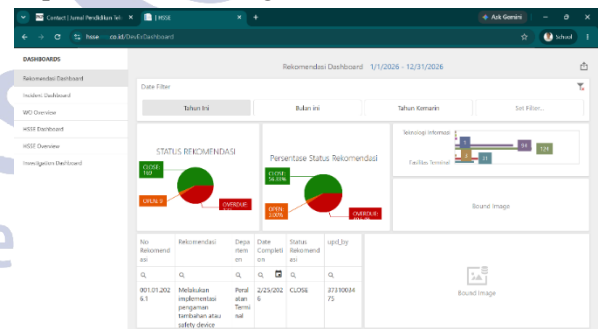
Setelah munculnya permintaan tindakan atau *work order*, dibuat rencana kerja (*job plan*) oleh tim audit yang dapat diakses melalui menu *Job Plan List* seperti yang tampak pada gambar berikut.



Gambar 5 Job Plan

Menu rencana kerja (*job plan*) yang terdapat pada gambar di atas terdiri dari nomor *Job Plan* sebagai identitas kegiatan, nama kegiatan, status, dan deskripsi. Setiap rencana kerja tentunya memiliki nama kegiatan sebagai identitas utama kemudian deskripsi kegiatan yang jelas. Fungsi kolom status digunakan untuk memberikan keterangan keadaan pada setiap rencana kerja, status tersebut meliputi aktif atau sedang dilakukan (*active*), konsep rencana (*draft*), dan tidak berlaku atau telah dilakukan (*Not Active*). Setelah dibuatnya rencana kerja, tentunya dilakukan rencana tersebut dalam kurun waktu tertentu yang statusnya dapat dipantau melalui menu *Job Plan*.

Setiap pelaporan dan tindak lanjut mengenai *Non-Comformity* yang telah dilakukan, jejak tersebut akan secara otomatis terekam dalam menu Rekomendasi *Dashboard*. Menu tersebut dapat dilihat melalui gambar berikut.

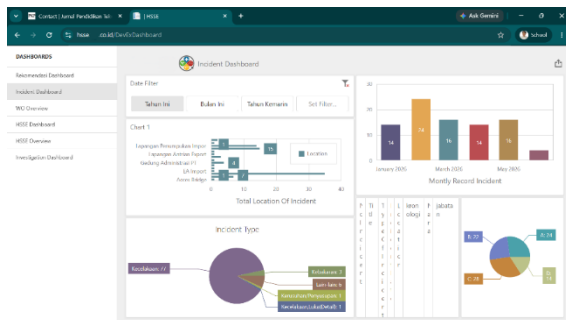


Gambar 7 Rekomendasi Dashboard

Menu rekomendasi *dashboard* merupakan hasil rekap dari pelaporan *Non-Comformity* (NC). Seperti yang terlihat pada gambar di atas, menu rekomendasi dashboard berisi mengenai diagram dan persentase status rekomendasi serta data mengenai rekomendasi yang tercatat dalam monitor NC pada alur pelaporan sebelumnya. Hal ini tentunya dilakukan untuk mengetahui

secara mudah perkembangan dan penurunan hasil kerja yang telah dilakukan.

Berbeda dengan menu *incident dashboard*. Menu ini berisikan rekapan terjadinya insiden dalam kurun waktu tertentu. Menu ini dapat dilihat melalui gambar berikut.



Gambar 8 Incident Dashboard

Fungsi dibuatnya menu *Incident dashboard* yaitu digunakan untuk membandingkan jumlah kecelakaan yang terjadi dalam kurun waktu tertentu dengan jumlah tindakan penanganan dari laporan *Non-Comformity* sebagai Tindakan pencegahan terjadinya kecelakaan kerja. Selain adanya tindak lanjut dari pelaporan yang telah disajikan, terdapat rekapan distribusi status Tindak lanjut terhadap pelaporan bahaya merupakan tahapan paling krusial dalam siklus manajemen keselamatan kerja, karena menentukan apakah risiko berhasil dieliminasi atau justru dibiarkan berkembang menjadi kecelakaan nyata. Berdasarkan hasil penelitian, proses ini melibatkan koordinasi lintas departemen, di mana setiap laporan yang telah divalidasi oleh tim audit seharusnya dikonversi menjadi sebuah *work order* penanganan fisik yang didelegasikan kepada seorang *Person in Charge* (PIC). Demi menjaga kerahasiaan data operasional perusahaan, identitas nama PIC dalam hasil penelitian ini seluruhnya disamarkan dengan menggunakan inisial "xxx".

Alur tindak lanjut di PT. XYZ dimulai Ketika laporan kondisi tidak aman (*unsafe condition*) atau Tindakan tidak aman (*unsafe Action*) masuk ke dalam sistem. Tim HSSE dan tim audit bertugas meninjau aspek kegawatdaruratan temuan tersebut untuk kemudian merumuskan rekomendasi korektif. Rekomendasi ini ditransformasikan menjadi *work order* resmi yang ditujukan kepada Departemen *Engineering* atau unit kerja terkait.

PIC xxx yang ditunjuk dalam *work order* tersebut memikul tanggung jawab penuh untuk mengalokasikan sumber daya, menjadwalkan perbaikan, dan mengeksekusi tindakan mitigasi di lapangan, seperti perbaikan struktur paving jalan yang berlubang, penggantian kran hidran yang bocor, hingga penggantian komponen roda *Reach Stacker* yang aus. Setelah tindakan fisik selesai dilakukan oleh PIC xxx, status laporan di dalam system akan diperbarui untuk kemudian direfleksikan secara real-time pada *incident dashboard* Perusahaan. *Incident dashboard* ini berfungsi sebagai alat kendali manajemen (*management control tool*) yang menampilkan performa K3 perusahaan, grafik tren visual insiden, serta persentase penyelesaian masalah (*close rate*) yang dapat diakses oleh pihak manajemen puncak untuk pengambilan keputusan strategis.

Berdasarkan hasil analisis data terhadap Monitor *NC Register* di Departemen *Engineering* PT. XYZ selama periode Juli 2025 hingga Juni 2026, ditemukan realitas operasional yang memperlihatkan adanya stagnasi sistemik pada tahap intervensi pasca pelaporan. Dari total 89 data paparan Bahasa dan insiden nyaris celaka (*Near Miss*) yang secara aktif didaftarkan oleh para pekerja, seluruh laporan tersebut masih berada dalam status "*Open*". Hal ini mengindikasikan bahwa belum ada satupun laporan *Hiyari Hatto* atau *Non-Comformity* (NC) yang berhasil ditangani hingga tuntas atau mencapai status "*Close*" sepanjang periode satu tahun pengamatan.

Indikator kekuatan utama dalam sistem K3 di departemen ini ditunjukkan oleh tingginya angka partisipasi pelaporan, dengan total mencapai 89 laporan yang berhasil didokumentasikan dalam system. Merujuk pada konsep *Safety Culture* yang dikembangkan oleh Reason (1997), aspek *Reporting Culture* dikategorikan berhasil apabila para pekerja memiliki tingkat kepercayaan yang tinggi untuk melaporkan kejadian nyaris celaka atau kondisi tidak aman tanpa adanya tekanan psikologis. Angka 89 laporan ini mengonfirmasi bahwa pekerja di Departemen *Engineering* secara aktif melakukan observasi bahaya area kerja mereka.

Kemandekan alur tindak lanjut ini secara objektif dapat diidentifikasi melalui ketidakjelasan penunjukan *Person in Charge* (PIC) dalam sistem pendaftaran digital hsse.xxx.co.id. data empiris menunjukkan bahwa sekitar 86 laporan dari keseluruhan temuan dibiarkan kosong tanpa adanya penunjukan PIC yang bertanggung jawab untuk melakukan perbaikan fisik di lapangan. Kekosongan ini dapat memunculkan kegagalan interpretasi data yang kemungkinan diakibatkan oleh kelalaian perekapan data pada kolom penunjukan PIC yang dapat memengaruhi Keputusan sistem manajemen puncak.

Kegagalan fungsional pada tahap tindak lanjut dari work order hingga *incident dashboard* ini dapat dibedah menggunakan lensa siklus PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) yang dikembangkan oleh Deming, menjadi pilar utama standar sistem manajemen keselamatan modern, seperti ISO 45001 dan SMK3 PP No. 50 Tahun 2012). Dalam siklus ini, pelaporan *Hiyari Hatto* oleh pekerja berada pada fase *Check* (Evaluasi/Pemeriksaan) untuk mendeteksi adanya penyimpangan standar. Namun, agar siklus ini menghasilkan peningkatan berkelanjutan (*continual improvement*), hasil evaluasi tersebut harus diteruskan secara cepat ke fase *Act* (Tindakan Korektif).

Penerbitan *work order* kepada PIC xxx merupakan representasi dari fase *Act* tersebut. Ketika PT. XYZ gagal menunjuk PIC xxx dan membiarkan *work order* membeku, maka siklus PDCA di Perusahaan tersebut terputus. Sistem manajemen K3 yang dijalankan menjadi pincang karena hanya kuat pada tataran perencanaan dan pendataan (*Plan* dan *Check*), namun lumpuh pada tataran eksekusi (*Do* and *Act*).

Dampak dari matinya alur tindak lanjut ini tidak hanya merugikan secara teknik-operasional dengan membiarkan bahaya fisik terus mengancam keselamatan pekerja di area pelabuhan, melainkan juga merusak psikologi keselamatan (*Safety Psychology*) organisasi. Mengacu pada teori Budaya Keselamatan (*Safety Culture*) dari James Reason (1997),

sebuah budaya keselamatan yang sehat tersusun atas beberapa elemen, termasuk di antaranya Adalah *reporting culture* (budaya pelaporan) dan *Learning Culture* (Budaya Belajar). *Reporting Culture* yang telah dibangun dengan baik oleh pekerja Departemen *Engineering* PT. XYZ akan runtun secara perlahan apabila tidak diimbangi dengan *Learning Culture*. Budaya belajar organisasi diukur dari bagaimana manajemen merespons, mempelajari, dan menindak lanjuti laporan tersebut menjadi tindakan nyata.

Ketika para pekerja melihat bahwa *incident dashboard* terus-menerus menampilkan akumulasi bahaya tanpa ada realisasi penutupan laporan, akan muncul persepsi kolektif bahwa kontribusi mereka dalam melaporkan *near miss* tidak dihargai atau dianggap tidak penting oleh manajemen. Frustrasi akibat ketidakjelasan penunjukan PIC xxx dan mandeknya *work order* ini berpotensi besar memicu sikap apatis pekerja di masa mendatang. Pekerja akan cenderung memilih untuk mengabaikan kondisi tidak aman yang mereka lihat daripada melaporkannya ke dalam sistem website HSSE. Pada akhirnya, tidak berjalannya tindak lanjut ini bertindak sebagai bom waktu yang menahan PT. XYZ dalam lingkaran menimbun ratusan insiden nyaris celaka didasar piramida kecelakaan kerja, yang sewaktu-waktu dapat bereskalasi menjadi kecelakaan fatal akibat pembiaran kondisi tidak aman yang berlarut-larut.

Pembahasan sebelumnya menerangkan penerapan metode *Hiyari Hatto* sebagai instrument mitigasi Risiko proaktif di Departemen *Engineering* PT.XYZ idealnya berjalan sebagai satu kesatuan siklus yang berkesinambungan, meliputi tahapan budaya pelaporan, mekanisme analisis dan tindak lanjut pengendalian. Pada tahapan pertama, yaitu budaya pelaporan, kinerja ini dinilai sangat kuat. Masuknya 89 laporan dalam kurun waktu 11 bulan membuktikan tingginya kesadaran, kepekaan, dan kemauan pekerja di level akar rumput untuk mendokumentasikan setiap temuan kondisi atau tindakan tidak aman di lingkungan kerja mereka. Angka ini mengonfirmasi bahwa

iklim keterbukaan dan keberanian melapor sudah terbentuk dengan baik, Dimana pekerja telah aktif menjalankan perannya sebagai pengawas risiko lini pertama.

Namun, keberhasilan pada hulu pelaporan tersebut langsung mengalami penurunan tajam pada tahapan kedua, yaitu mekanisme analisis yang dinilai lemah akibat adanya kegagalan prosedural. Fase transisi administratif yang berfungsi untuk memvalidasi risiko dan menentukan strategi penanganan ini terhenti, terbukti dari adanya 86 laporan (96,6%) yang dibiarkan kosong tanpa kejelasan penunjukan PIC fisik lapangan. Ketidadaan akuntabilitas personal ini mencerminkan bahwa manajemen gagal melakukan analisis disposisi tugas, sehingga laporan-laporan yang masuk hanya menumpuk sebagai data digital mentah pada *incident dashboard* tanpa pernah didistribusikan kepada eksekutor di lapangan.

Kondisi tersebut berdampak langsung pada kumpulan total tahapan ketiga. Yaitu tindak lanjut pengendalin, yang dinilai sebagai aspek paling lemah dalam penelitian ini. Akibatnya macetnya penunjukan PIC pada tahap sebelumnya, tindakan korektif fisik sama sekali tidak berjalan, yang ditunjukkan oleh tingkat penyelesaian sebesar 0% karena seluruh 89 laporan masih tertahan dengan status *open*. Secara keseluruhan, alur kerja *Hiyari Hatto* di Perusahaan mengalami putus rantai fatal, manajemen berhasil memfasilitasi pengumpulan dokumen dari pekerja, tetapi lumpuh dalam melakukan analisis proses dan penanganan bahaya, sehingga esensi pencegahan kecelakaan kerja gagal tercapai. Laporan dan penunjukkan penanggung jawab sebagai berikut.

No	Aspek Parameter K3	Jumlah Laporan	Persentase
1.	Total Laporan Masuk	89	100%
2.	Laporan Berstatus Open	89	100%
3.	Laporan Berstatus Close	0	0%

4.	Laporan Tanpa PIC Fisik	86	96,6%
5.	Laporan PIC Valid	3	3,4%

Tabel 1 Persentase Laporan

Berdasarkan tabel di atas, terlihat kontradiksi yang signifikan antara indikator kesadaran pekerja dengan respon sistem manajemen. Aspek laporan masuk dinilai sangat kuat dengan kontribusi 89 laporan masuk. Namun, efektivitasnya sistem ini mengalami stagnasi total pada tahap intervensi eksekusi, di mana seluruh laporan masih tertahan pada status *open*.

PEMBAHASAN

a) Alur Pelaporan *Hiyari Hatto* dalam Sistem Manajemen K3 di PT. XYZ

Alur pelaporan *Hiyari Hatto* telah diintegrasikan ke dalam sistem manajemen keselamatan kerja Perusahaan melalui platform digital berbasis website internal tim HSSE dengan alamat hsse.xxx.co.id/login. Di dalam sistem operasional Perusahaan, metode pelaporan insiden nyaris celaka (*Near Miss*) ini diistilahkan sebagai pendaftaran *Non-Conformity*. NC Adalah suatu pelaporan untuk mendata kondisi, proses, atau Tindakan yang tidak selaras atau menyimpang dari standar K3 yang telah ditetapkan oleh perusahaan.

Berdasarkan visualisasi data empiris pada hasil penelitian, terdapat empat tahapan yang perlu dilakukan dalam proses pelaporan ini, meliputi registrasi/login akun staf pelapor, pengisian formulir NC registration, rekapitulasi data otomatis pada menu Monitor NC Register, hingga pemeriksaan laporan oleh tim audit melalui menu *Audit Finding*. Secara umum, alur tersebut dapat dilihat melalui bagan berikut.



Bagan 1 Alur Pelaporan Hiyari Hatto

Pada tahap awal, staf pelapor diwajibkan melakukan login menggunakan *username*, *password*, dan kode keamanan pada website resmi internal HSSE guna membatasi akses pihak luar demi menjaga kerahasiaan data

perusahaan. Setelah berhasil masuk, pelapor dapat mengakses formulir digital *NC Registration* untuk mendaftarkan kejadian *Non-Conformity* atau situasi nyaris celaka yang mereka temukan di area kerja operasional.

Temuan yang dilaporkan mencakup berbagai aspek kondisi tidak aman (*unsafe condition*), seperti kabel rusak, paving jalan yang bergelombang atau berlubang, rambu keselamatan yang rusak/jatuh, alat pemadam api ringan (APAR) yang kadaluwarsa seperti roda kendaraan *Reach Staker* yang aus. Formulir ini menuntut pengisian data secara mendetail yang meliputi tempat penanganan, keterangan tambahan, serta kewajiban melampirkan dokumentasi visual berupa foto temuan.

Setelah formulir tersebut dikirimkan, data laporan secara otomatis akan terekap di dalam menu Monitor *NC Register*. Menu rekapitulasi ini memuat identitas laporan berupa kode nomor unik (*NCNumber*), tanggal pelaporan, tanggal pembukaan laporan (tanggal open), *Person in Charge* (PIC) yang ditugaskan, status laporan, detail temuan, serta rekomendasi. Tahap akhir dari alur pelaporan ini berada pada kendali tim audit melalui menu Audit Finding.

Menu Audit *Finding* berisikan rangkuman *NCNumber*, nama pelapor, tipe audit, kategori audit, serta status persetujuan (*approve*), di mana tim audit memiliki akses eksklusif untuk memeriksa, meninjau ulang, dan menerima laporan tersebut untuk diproses ke tahap selanjutnya.

Alur pelaporan digital ini mencerminkan adanya pergeseran paradigma dari pendekatan manajemen K3 tradisional yang bersifat reaktif menuju pendekatan proaktif berbasis sistem. Prosedur pengumpulan data ini berjalan selaras dengan tahapan pertama dari tiga tahapan kunci sistem *Hiyari Hatto* (Nakagawa, 2019), yaitu pelaporan aktif. Dalam teori tersebut, Perusahaan wajib menyediakan sarana penjarangan informasi yang mudah diakses agar semua pekerja didorong untuk segera melaporkan setiap kejadian nyaris celakan yang dialami atau disaksikan. Karakteristik *Hiyari Hatto* menegaskan pentingnya menangkap sinyal peringatan dini ini melalui sistem

pelaporan yang responsif sebelum bahaya tersebut beralih menjadi kecelakaan nyata.

Secara konseptual, pengumpulan data bahaya melalui empat tahapan alur pelaporan di PT. XYZ ini merupakan strategi vital untuk melakukan intervensi keselamatan pada tingkat paling dasar dari piramida kecelakaan kerja. Hal ini sejalan dengan pola hubungan statistis Teori Domino Heinrich (1931) dengan rasio 300:29:1, maupun Teori Piramida Frank Bird (1969) dengan rasio 1:10:30:600.

Berdasarkan rasio Bird (1969), di balik setiap satu kejadian kecelakaan serius yang mengakibatkan cedera parah atau kematian, secara statistik terdapat 10 kecelakaan ringan, 30 kerusakan properti, dan 600 insiden hampir celaka. Temuan lapangan yang dicatatkan oleh staf Departemen *Engineering* seperti kerusakan komponen alat berat, rusaknya kran hidran adalah representasi riil dari insiden di dasar piramida tersebut. Sesuai pandangan Bird & Germain (1996), dasar piramida yang berisi ratusan *near miss* merupakan area paling subur untuk Tindakan preventif.

Dengan menyediakan alur pelaporan digital untuk mengidentifikasi dan menangani kejadian hampir celaka ini, PT. XYZ secara teori dapat memutus rantai akumulasi insiden, sehingga risiko terjadinya satu kecelakaan fatal di lingkungan kerja kepelabuhanan yang berisiko tinggi (*high-risk environment*) dapat dikurangi secara signifikan.

b) Tindak Lanjut dari Pelaporan *Hiyari Hatto* di PT. XYZ

Tindak lanjut terhadap pelaporan bahaya merupakan tahapan paling krusial dalam siklus manajemen keselamatan kerja, karena menentukan apakah risiko berhasil dieliminasi atau justru dibiarkan berkembang menjadi kecelakaan nyata. Berdasarkan hasil penelitian, proses ini melibatkan koordinasi lintas departemen, di mana setiap laporan yang telah divalidasi oleh tim audit seharusnya dikonversi menjadi sebuah *work order* penanganan fisik yang didelegasikan kepada seorang *Person in Charge* (PIC). Demi menjaga kerahasiaan data operasional perusahaan, identitas nama PIC

dalam hasil penelitian ini seluruhnya disamarkan dengan menggunakan inisial “xxx”.

Alur tindak lanjut di PT. XYZ dimulai Ketika laporan kondisi tidak aman (*unsafe condition*) atau Tindakan tidak aman (*unsafe Action*) masuk ke dalam sistem. Tim HSSE dan tim audit bertugas meninjau aspek kegawatdaruratan temuan tersebut untuk kemudian merumuskan rekomendasi korektif. Rekomendasi ini ditransformasikan menjadi *work order* resmi yang ditujukan kepada Departemen *Engineering* atau unit kerja terkait. PIC xxx yang ditunjuk dalam *work order* tersebut memikul tanggung jawab penuh untuk mengalokasikan sumber daya, menjadwalkan perbaikan, dan mengeksekusi tindakan mitigasi di lapangan, seperti perbaikan struktur paving jalan yang berlubang, penggantian kran hidran yang bocor, hingga penggantian komponen roda *Reach Stacker* yang aus. Setelah tindakan fisik selesai dilakukan oleh PIC xxx, status laporan di dalam sistem akan diperbarui untuk kemudian direfleksikan secara real-time pada *incident dashboard* Perusahaan. *Incident dashboard* ini berfungsi sebagai alat kendali manajemen (*management control tool*) yang menampilkan performa K3 perusahaan, grafik tren visual insiden, serta persentase penyelesaian masalah (*close rate*) yang dapat diakses oleh pihak manajemen puncak untuk pengambilan keputusan strategis.

Berdasarkan hasil analisis data terhadap Monitor *NC Register* di Departemen *Engineering* PT. XYZ selama periode Juli 2025 hingga Juni 2026, ditemukan realitas operasional yang memperlihatkan adanya stagnasi sistemik pada tahap intervensi pasca pelaporan. Dari total 89 data paparan Bahasa dan insiden nyaris celaka (*Near Miss*) yang secara aktif didaftarkan oleh para pekerja, seluruh laporan tersebut masih berada dalam status “*Open*”. Hal ini mengindikasikan bahwa belum ada satupun laporan *Hiyari Hatto* atau *Non-Comformity* (NC) yang berhasil ditangani hingga tuntas atau mencapai status “*Close*” sepanjang periode satu tahun pengamatan.

Indikator kekuatan utama dalam sistem K3 di departemen ini ditunjukkan oleh tingginya

angka partisipasi pelaporan, dengan total mencapai 89 laporan yang berhasil didokumentasikan dalam sistem. Merujuk pada konsep *Safety Culture* yang dikembangkan oleh Reason (1997), aspek *Reporting Culture* dikategorikan berhasil apabila para pekerja memiliki tingkat kepercayaan yang tinggi untuk melaporkan kejadian nyaris celaka atau kondisi tidak aman tanpa adanya tekanan psikologis. Angka 89 laporan ini mengonfirmasi bahwa pekerja di Departemen *Engineering* secara aktif melakukan observasi bahaya area kerja mereka.

Kemandekan alur tindak lanjut ini secara objektif dapat diidentifikasi melalui ketidakjelasan penunjukan *Person in Charge* (PIC) dalam sistem pendaftaran digital *hsse.xxx.co.id*. data empiris menunjukkan bahwa sekitar 86 laporan dari keseluruhan temuan dibiarkan kosong tanpa adanya penunjukan PIC yang bertanggung jawab untuk melakukan perbaikan fisik di lapangan. Kekosongan ini dapat memunculkan kegagalan interpretasi data yang kemungkinan diakibatkan oleh kelalaian perekapan data pada kolom penunjukan PIC yang dapat memengaruhi Keputusan sistem manajemen puncak.

Kegagalan fungsional pada tahap tindak lanjut dari *work order* hingga *incident dashboard* ini dapat dibedah menggunakan lensa siklus PDCA (*Plan-Do-Check-Act*) yang dikembangkan oleh Deming, menjadi pilar utama standar sistem manajemen keselamatan modern, seperti ISO 45001 dan SMK3 PP No. 50 Tahun 2012). Dalam siklus ini, pelaporan *Hiyari Hatto* oleh pekerja berada pada fase *Check* (Evaluasi/Pemeriksaan) untuk mendeteksi adanya penyimpangan standar. Namun, agar siklus ini menghasilkan peningkatan berkelanjutan (*continual improvement*), hasil evaluasi tersebut harus diteruskan secara cepat ke fase *Act* (Tindakan Korektif).

Penerbitan *work order* kepada PIC xxx merupakan representasi dari fase *Act* tersebut. Ketika PT. XYZ gagal menunjuk PIC xxx dan membiarkan *work order* membeku, maka siklus PDCA di Perusahaan tersebut terputus. Sistem manajemen K3 yang dijalankan menjadi

pincang karena hanya kuat pada tataran perencanaan dan pendataan (*Plan* dan *Check*), namun lumpuh pada tataran eksekusi (*Do* and *Act*).

Dampak dari matinya alur tindak lanjut ini tidak hanya merugikan secara teknik-operasional dengan membiarkan bahaya fisik terus mengancam keselamatan pekerja di area pelabuhan, melainkan juga merusak psikologi keselamatan (*Safety Psychology*) organisasi. Mengacu pada teori Budaya Keselamatan (*Safety Culture*) dari James Reason (1997), sebuah budaya keselamatan yang sehat tersusun atas beberapa elemen, termasuk di antaranya Adalah *reporting culture* (budaya pelaporan) dan *Learning Culture* (Budaya Belajar). *Reporting Culture* yang telah dibangun dengan baik oleh pekerja Departemen *Engineering* PT. XYZ akan runtun secara perlahan apabila tidak diimbangi dengan *Learning Culture*. Budaya belajar organisasi diukur dari bagaimana manajemen merespons, mempelajari, dan menindak lanjuti laporan tersebut menjadi tindakan nyata.

Ketika para pekerja melihat bahwa *incident dashboard* terus-menerus menampilkan akumulasi bahaya tanpa ada realisasi penutupan laporan, akan muncul persepsi kolektif bahwa kontribusi mereka dalam melaporkan *near miss* tidak dihargai atau dianggap tidak penting oleh manajemen. Frustrasi akibat ketidakjelasan penunjukan PIC xxx dan mandeknya *work order* ini berpotensi besar memicu sikap apatis pekerja di masa mendatang. Pekerja akan cenderung memilih untuk mengabaikan kondisi tidak aman yang mereka lihat daripada melaporkannya ke dalam sistem website HSSE. Pada akhirnya, tidak berjalannya tindak lanjut ini bertindak sebagai bom waktu yang menahan PT. XYZ dalam lingkaran menimbun ratusan insiden nyaris celaka didasar piramida kecelakaan kerja, yang sewaktu-waktu dapat bereskalasi menjadi kecelakaan fatal akibat pembiaran kondisi tidak aman yang berlarut-larut.

Pembahasan sebelumnya menerangkan penerapan metode *Hiyari Hatto* sebagai instrument mitigasi Risiko proaktif di

Departemen *Engineering* PT.XYZ idealnya berjalan sebagai satu kesatuan siklus yang berkesinambungan, meliputi tahapan budaya pelaporan, mekanisme analisis dan tindak lanjut pengendalian. Pada tahapan pertama, yaitu budaya pelaporan, kinerja ini dinilai sangat kuat. Masuknya 89 laporan dalam kurun waktu 11 bulan membuktikan tingginya kesadaran, kepekaan, dan kemauan pekerja di level akar rumput untuk mendokumentasikan setiap temuan kondisi atau tindakan tidak aman di lingkungan kerja mereka. Angka ini mengonfirmasi bahwa iklim keterbukaan dan keberanian melapor sudah terbentuk dengan baik, Dimana pekerja telah aktif menjalankan perannya sebagai pengawas risiko lini pertama.

Namun, keberhasilan pada hulu pelaporan tersebut langsung mengalami penurunan tajam pada tahapan kedua, yaitu mekanisme analisis yang dinilai lemah akibat adanya kegagalan prosedural. Fase transisi administratif yang berfungsi untuk memvalidasi risiko dan menentukan strategi penanganan ini terhenti, terbukti dari adanya 86 laporan (96,6%) yang dibiarkan kosong tanpa kejelasan penunjukan PIC fisik lapangan. Ketiadaan akuntabilitas personal ini mencerminkan bahwa manajemen gagal melakukan analisis disposisi tugas, sehingga laporan-laporan yang masuk hanya menumpuk sebagai data digital mentah pada *incident dashboard* tanpa pernah didistribusikan kepada eksekutor di lapangan.

Kondisi tersebut berdampak langsung pada kumpulan total tahapan ketiga. Yaitu tindak lanjut pengendalin, yang dinilai sebagai aspek paling lemah dalam penelitian ini. Akibatnya macetnya penunjukan PIC pada tahap sebelumnya, tindakan korektif fisik sama sekali tidak berjalan, yang ditunjukkan oleh tingkat penyelesaian sebesar 0% karena seluruh 89 laporan masih tertahan dengan status *open*. Secara keseluruhan, alur kerja *Hiyari Hatto* di Perusahaan mengalami putus rantai fatal, manajemen berhasil memfasilitasi pengumpulan dokumen dari pekerja, tetapi lumpuh dalam melakukan analisis proses dan penanganan bahaya, sehingga esensi pencegahan kecelakaan kerja gagal tercapai.

PENUTUP

Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan mengenai implementasi metode *Hiyari Hatto* dalam upaya pencegahan kecelakaan kerja di PT. XYZ, dapat ditarik simpulan sebagai berikut.

1. Alur pelaporan *Hiyari Hatto* dalam sistem Manajemen K3 di PT. XYZ dilakukan melalui website internal Tim HSSE di PT. XYZ tersebut. Dimulai dari registrasi akun staff, pengisian formular *Non-Comformity*, rekap data pengisian, dan temuan audit terkait laporan. Hal tersebut selaras dengan definisi *Hiyari Hatto* merupakan kejadian hampir celaka yang harus dilaporkan sebelum terjadinya insiden.
2. Alur tindak lanjut di PT. XYZ dimulai Ketika laporan kondisi tidak aman (*unsafe condition*) atau Tindakan tidak aman (*unsafe Action*) masuk ke dalam sistem. Tim HSSE dan tim audit bertugas meninjau aspek kegawatdaruratan temuan tersebut untuk kemudian merumuskan rekomendasi korektif. Rekomendasi ini ditransformasikan menjadi work order resmi yang ditujukan kepada Departemen Engineering atau unit kerja terkait

Saran

Berdasarkan Kesimpulan diatas, disampaikan saran-saran sebagai berikut.

- a. Bagi PT.XYZ., Perusahaan perlu segera memperbaiki mekanisme tindak lanjut laporan *Hiyari Hatto* dengan menetapkan SOP penunjukan PIC secara otomatis berdasarkan kategori temuan, menetapkan batas waktu penyelesaian yang terukur (misalnya 30 hari untuk temuan non-kritis, 7 hari untuk temuan berisiko tinggi), serta mengembangkan *dashboard monitoring* yang memudahkan pemantauan status laporan secara *real-time*. Selain itu, perlu dikembangkan sistem *reward non-materi* untuk mendorong partisipasi pelaporan yang lebih merata dari seluruh karyawan.
- b. Bagi Departemen HSSE PT. XYZ, Tim HSSE disarankan untuk: (1) menstandarisasi metode analisis akar penyebab (misalnya *5-Why* atau *Fishbone Diagram*) agar seluruh laporan dianalisis secara konsisten; (2)

mengintegrasikan data 89 laporan *Hiyari Hatto* yang telah terkumpul ke dalam proses pembaruan HIRARC; (3) meningkatkan frekuensi sosialisasi *Hiyari Hatto* kepada seluruh karyawan, bukan hanya *HSSE officer*; serta (4) membangun mekanisme umpan balik yang formal kepada setiap pelapor agar budaya pelaporan terus terjaga.

- c. Bagi Peneliti Selanjutnya, Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif yang bersifat eksplorasi. Bagi peneliti selanjutnya, disarankan untuk melakukan penelitian kuantitatif guna mengukur korelasi antara frekuensi pelaporan *Hiyari Hatto* yang tertindaklanjuti dengan penurunan angka kecelakaan kerja aktual di PT. XYZ. Selain itu, penelitian komparatif antara perusahaan yang menerapkan *Hiyari Hatto* secara efektif dan yang belum akan memberikan kontribusi teoritis yang signifikan bagi ilmu K3 di sektor kepelabuhanan.
- d. Bagi Dunia Pendidikan. Penelitian ini dapat dijadikan studi kasus nyata dalam pembelajaran mata kuliah Keselamatan dan Kesehatan Kerja, khususnya untuk Program Studi Pendidikan Teknik Mesin dan Teknik Industri. Temuan mengenai kesenjangan antara prosedur formal dan implementasi aktual di lapangan memberikan gambaran realistik kepada mahasiswa tentang tantangan penerapan K3 di industri berisiko tinggi, serta pentingnya komitmen seluruh lapisan organisasi — dari manajemen puncak hingga pekerja lapangan — dalam mewujudkan budaya keselamatan yang efektif.

DAFTAR PUSTAKA

- (Persero). *Prosiding "Aplikasi Bisnis*, 177.
- Bird, F. E., & Germain, G. L. (1996). *Practical loss control leadership* (Revised ed.). Atlanta, GA: *Det Norske Veritas*.
- Darmayani, S., Sa'diyah, A., Supiati, S. T. P., Maraghi Muttaqin, S. T., Rachmawati, F., Widia, C., ... & Meditama, R. F. (2023). *Buku Kesehatan Keselamatan Kerja (K3)*. Penerbit Widina.
- Dewanti, P. P., & Darmawan, A. (2022). *Studi Deskriptif Maintenance SDM: Kompensasi, Lingkungan Kerja Dan*

- Fridayanti, N., & Kusumasmoro, R. (2016). Penerapan keselamatan dan kesehatan kerja di PT Ferron Par Pharmaceuticals Bekasi. *Jurnal Administrasi Kantor*, 4(1), 211-234.
- Fukuda, T., Tangpaisalkit, C., Ishizaka, T., Sinlapabutra, T., & FUKUDA, A. (2005). Empirical study on identifying potential black spots through public participation approach: a case study of Bangkok. *Journal of the Eastern Asia Society for Transportation Studies*, 6, 3683-3696.
- Goncalves, A., Dutra, A., & Mussi, C. C. (2025). Occupational risks and health and safety management strategies in the port sector: A systematic literature review. *Safety Science*, 184, 106767.
- Guerin, R. J., Glasgow, R. E., Tyler, A., Rabin, B. A., & Huebschmann, A. G. (2022). Methods to improve the translation of evidence-based interventions: A primer on dissemination and implementation science for occupational safety and health researchers and practitioners. *Safety science*, 152, 105763.
- Hendri, Y. B., Seenivasan, M., Jeyakumar, J., Wu, Y. S., Wu, S. H., Chang, J. K., ... & Yang, C. C. (2025). Study of structural and composition redesign to enhance the thermostability and electrochemical performance of a Co-less Ni-rich LiNi_{0.92}Co_{0.04}Mn_{0.04}O₂ layered cathode through transition-metal concentration gradient strategies. *Journal of Materials Chemistry A*, 13(5), 3587-3611.
- Ikoma, N., Kawamoto, K., Kawano, H., Maeda, H., Matsuda, K., & Akahoshi, K. (2007). A new concept of drive recording system by estimating human intention using particle filters. In *Second International Conference on Innovative Computing, Information and Control (ICICIC 2007)* (pp. 409-409). IEEE.
- Incidents Reported by Maintenance Service Engineers. *IEICE Technical Report; IEICE Tech.*
- Irwati, D. (2025). *Analisis Pengendalian Resiko Bahaya Kerja Dengan Sistem Pelaporan Nearmiss/Hiyari Hatto Berbasis Aplikasi Periode: Desember 2024-Mei 2025* (Doctoral dissertation, Universitas Mercu Buana Jakarta).
- Kikuchi, H., Fukuda, A., Fukuda, T., Kobayakawa, S., Takada, K., & Miyokawa, T. (2023). Utilization of the information sharing road safety measure in developing Countries: case study of Suphanburi, Thailand. *Case studies on transport policy*, 11, 100951.
- Kinerja Karyawan Pada PT Boma Bisma Indra
- Luthfiyani, P. W., & Murhayati, S. (2024). Strategi memastikan keabsahan data dalam penelitian kualitatif. *Jurnal Pendidikan Tambusai*, 8(1).
- Mekhtiyev, A., Hajiye, A., & Hashimov, A. (2005). *Fizika-2005. Proceedings.*
- Merlina, Y. N. D., & Silviana, A. H. (2018). Integrasi Penerapan Metode Hazard Identification Dan Risk Assessment Dan Small Group Activity. *Jurnal Widya Teknika Issn (p)*, 1411, 0660.
- Mizusawa, N., & Nakatani, T. (2018). Analysis of "Hiyari-Hatto"
- Nakagawa, M. (2019). Framework of Japanese Management
- Rachman, E. A. (2025). *Dasar-Dasar Kesehatan Dan Keselamatan Kerja*. Nas Media Pustaka.
- Redjeki, S. (2016). Keselamatan dan Kesehatan Kerja. *Rep.*, 117(465), 145-150.
- Sugiyono, D. (2010). Memahami penelitian kualitatif. System. *CET Journal-Chemical Engineering Transactions*, 77.
- Vu Gia, K., Huyen, T. N. T., Le Anh, T., Nguyen Trung, H., Nguyen Lam Kim, T., & Cao Phuoc, K. (2024). Factors affecting the implementation of labor safety and hygiene in specific enterprises: a case in Vietnam. *Cogent Social Sciences*, 10(1), 2365402.