

Patient Safety Project
Approach Method And Say No To Blamming Culture

Septyaningrum, Roleny Ayu. 2017. Patient Safety Project Approach Method And Say No To Blamming Culture. Surakarta : RSKU

PATIENT SAFETY PROJECT
APPROACH METHOD AND SAY NO TO BLAMMING CULTURE

dr. Agustinus Sarwoto
Roleny Ayu Septyaningrum, AMK
Rumah Sakit Khusus Bedah Karima Utama Surakarta
PMKP RSKU

Abstrak Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) merupakan isu global dan nasional bagi rumah sakit, komponen penting dari mutu layanan kesehatan, prinsip dasar dari pelayanan pasien dan komponen kritis dari manajemen mutu (WHO, 2004).Dilihat dari 3 pokok bahasan terkait kesadaran pelaporan insiden, tipe insiden yang dilaporkan dan ketepatan waktu pelaporan insiden menunjukkan sudah mulai berkembangnya budaya keselamatan pasien di RS Khusus Bedah Karima Utama Suarakarta.

Dengan adanya sistem pendekatan oleh Komite PMKP dan tidak diberlakukan sistem menyalahkan dengan serta merta kepada staf sangat mempengaruhi berkembangnya budaya keselamatan pasien di RS Khusus Bedah Karima Utama Suarakarta.

Sistem investigasi dengan beberapa faktor (sistem / alur, regulasi baik dari kebijakan atau panduan atau SPO, staf, tugas, pasien, lingkungan, manajemen dan komunikasi) sangat berpengaruh terhadap keterbukaan staf dalam menyampaikan kronologi suatu insiden.

Abstrak Patient Safety is a global and national issue for hospitals, an important component of the quality of health care, the basic principles of patient care and the critical component of quality management (WHO, 2004). See 3 issues related to awareness of incident reporting, type reported incidents and the timeliness of incident reporting indicate that the patient's safety culture has started to develop at the Suarakarta Main Surgeon Surgery Hospital.

With the approach system by the PMKP Committee and not put into place the system of blame is immediately to the staff greatly affect the development of a patient safety culture at the Main Surgery Hospital Karima Utama Suarakarta.

The investigation system with several factors (system / flow, regulation of policy or guidance or SPO, staff, task, patient, environment, management and communication) is very influential to the openness of staff in conveying the chronology of an incident.

PENDAHULUAN

Keselamatan Pasien (*Patient Safety*) merupakan isu global dan nasional bagi rumah sakit, komponen penting dari mutu layanan kesehatan, prinsip dasar dari pelayanan pasien dan komponen kritis dari manajemen mutu (WHO, 2004). Organisasi kesehatan dunia (WHO) juga telah menegaskan pentingnya

keselamatan dalam pelayanan kepada pasien : “Safety is a fundamental principle of patient care and a critical component of quality management” (WHO, 2004). Gerakan Keselamatan Pasien telah menjadi spirit dalam pelayanan rumah sakit di seluruh dunia. Tidak hanya rumah sakit di negara maju yang menerapkan Keselamatan Pasien

Patient Safety Project Approach Method And Say No To Blamming Culture

untuk menjamin mutu pelayanan, tetapi juga rumah sakit di negara berkembang, seperti Indonesia.

Dalam lingkup nasional, sejak tahun 2005, Menteri Kesehatan RI telah mencanangkan Gerakan Nasional Keselamatan Pasien (GNKP) Rumah Sakit, Selanjutnya KARS (Komite Akreditasi Rumah Sakit), Depkes RI telah pula menyusun Standar KPRS (Keselamatan Pasien Rumah Sakit) yang dimasukkan dalam instrumen akreditasi RS (versi 2007) di Indonesia.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia telah mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 1691/2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Peraturan ini menjadi tonggak utama operasionalisasi Keselamatan Pasien di rumah sakit seluruh Indonesia. Banyak rumah sakit di Indonesia yang telah berupaya membangun dan mengembangkan Keselamatan Pasien, namun upaya tersebut dilaksanakan berdasarkan pemahaman manajemen terhadap Keselamatan Pasien. Peraturan Menteri ini memberikan panduan bagi manajemen rumah sakit agar dapat menjalankan spirit Keselamatan Pasien secara utuh.

Kurangnya kemandirian dan sistem yang baik merupakan masalah yang dihadapi oleh penyedia pelayanan kesehatan untuk menyeberangi jurang dari perawatan yang bisa diberikan saat ini untuk mencapai perawatan yang seharusnya diberikan (IOM, 2000). Perhatian dan Fokus terhadap Keselamatan Pasien ini didorong oleh masih tingginya angka kejadian Tak Diinginkan (KTD) atau Adverse Event (AE) di rumah sakit baik secara global maupun nasional.

Sebagai upaya memecahkan masalah tersebut dan mewujudkan pelayanan kesehatan yang lebih aman diperlukan suatu perubahan budaya dalam pelayanan kesehatan dari budaya yang menyalahkan individu menjadi suatu budaya

di mana insiden dipandang sebagai kesempatan untuk memperbaiki sistem (IOM,2000). Sistem pelaporan yang mengutamakan pembelajaran dari kesalahan dan perbaiki sistem pelayanan merupakan dasar budaya keselamatan (Reason, 1997). Meningkatnya kesadaran pelayanan kesehatan mengenai pentingnya mewujudkan budaya keselamatan pasien menyebabkan meningkatnya pula kebutuhan untuk mengukur budaya keselamatan. Perubahan budaya keselamatan dapat dipergunakan sebagai bukti keberhasilan implementasi program keselamatan pasien.

Budaya Keselamatan pasien merupakan hal yang mendasar di dalam pelaksanaan keselamatan di rumah sakit. Rumah sakit harus menjamin penerapan keselamatan pasien pada pelayanan kesehatan yang diberikannya kepada pasien (Fleming & Wentzel, 2008). Upaya dalam pelaksanaan keselamatan pasien diawali dengan penerapan budaya keselamatan pasien (KKP-RS, 2008). Hal tersebut dikarenakan berfokus pada budaya keselamatan akan menghasilkan penerapan keselamatan pasien yang lebih baik dibandingkan hanya berfokus pada program keselamatan pasien saja (El-Jardali, Dimassi, Jamal, Jaafar, & Hemadeh, 2011). Budaya keselamatan pasien merupakan pondasi dalam usaha penerapan keselamatan pasien yang merupakan prioritas utama dalam pemberian layanan kesehatan (Disch, Dreher, Davidson, Siniotis, & Wainio, 2011; NPSA, 2009). Pondasi keselamatan pasien yang baik akan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya asuhan keperawatan

Di RS Khusus Bedah Karima Utama Surakarta telah memulai gerakan Keselamatan pasien pada akhir 2013 kemudian dibentuknya Tim Keselamatan Pasien Rumah Sakit, namun sampai akhir 2014 data pelaporan insiden masih

Patient Safety Project
Approach Method And Say No To Blamming Culture

minimal, padahal dengan adanya kompleksitas pelayanan kesehatan pada pasien bedah sangat memungkinkan terjadinya insiden yang menyebabkan cedera pada pasien. Dengan adanya rendahnya pelaporan mengakibatkan buruknya usaha dalam pencegahan dan pengurangan cedera pada pasien dan Rumah Sakit sulit untuk mengidentifikasi bahaya atau risiko yang nantinya dihadapi dalam pemberian pelayanan ke pasien.

Rendahnya sistem pelaporan ini menunjukkan bahwa kesadaran staf dan rumah sakit akan timbulnya masalah atau kesalahan masih rendah dan budaya saling menyalahkan masih sangat tinggi sehingga pelapor seringkali menyembunyikan karena takut disalahkan serta keterbukaan dalam pelaporan masih sangat rendah.

Maka dari itu pada akhir 2014 Rumah Sakit Khusus Bedah Karima Utama mulai membangun budaya keselamatan pasien dengan sistem pendekatan oleh Tim Keselamatan Pasien dan tidak menyalahkan serta merta jika suatu insiden terjadi.

METODE

Metodologi yang digunakan dalam penelitian menggunakan Metodologi Historis, yaitu penelitian yang bertujuan membuat rekonstruksi masa lampau secara sistematis dan objektif dengan cara mengumpulkan, mengevaluasi, memverifikasi, serta mensintesis bukti-bukti untuk menegakkan fakta dan memperoleh kesimpulan yang kuat dan akurat.

Penulis melihat perjalanan perkembangan budaya keselamatan pasien di

RS Khusus Bedah Karima Utama Surakarta dari akhir 2014 sampai dengan pertengahan tahun 2017.

Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien yang dijalankan untuk meningkatkan budaya keselamatan pasien di RS Khusus Bedah Karima Utama Surakarta, antara lain :

a. Meningkatkan kesadaran akan nilai keselamatan pasien

1. RS membuat dan mensosialisasikan adanya Regulasi (Kebijakan, Pedoman/Panduan, SPO, Formulir Pelaporan Insiden) terkait keselamatan pasien.

2. Restrukturisasi Tim KPRS menjadi Komite PMKP yang didalamnya terdapat Sub Komite Keselamatan Pasien.

3. Dorongan dari Komite PMKP kepada staf untuk melaporkan jika terjadi suatu insiden keselamatan pasien (KNC / KPC / KTD / KTC / Sentinel) dengan keterbukaan dan dengan tanpa saling menyalahkan.

4. Setiap ada insiden dilakukan investigasi dengan diskusi secara bersama untuk mengetahui apa faktor penyebab langsung dan penyebab yang melatarbelakangi serta solusi apa atau tindakan apa yang harus dilakukan supaya insiden tidak terulang kembali.

5. Komite PMKP meminta Staf untuk terbuka berbicara terkait menceritakan kronologi terhadap insiden tersebut dan melakukan pelaporan maksimal 2x24 jam setelah insiden terjadi seperti yang diatur dalam PERMENKES no. 1691/ 2011 tentang Keselamatan Pasien.

b. Meningkatkan dukungan terhadap staf

1. RS menunjuk staf untuk bertanggungjawab terkait keselamatan pasien, yaitu dengan dibentuknya Komite PMKP tahun 2015.

Patient Safety Project
Approach Method And Say No To Blamming Culture

2. Komite PMKP bertanggungjawab langsung kepada direktur terkait keselamatan pasien.

3. Komite PMKP bersama dengan direksi dan para pimpinan membuat suatu program dengan salah satunya adalah program terkait keselamatan pasien.

4. Komite PMKP menggerakkan anggotanya melalui PJ di setiap instalasi serta Kepala Instalasi dan Kepala Ruang terkait keselamatan pasien melalui sosialisasi dan pertemuan rapat.

5. Komite PMKP mengadakan pelatihan untuk staf terkait keselamatan pasien yang telah masuk dalam program PMKP.

6. Pelatihan yang diberikan baik terkait keselamatan pasien maupun terkait hasil dari analisa suatu insiden.

7. Monitoring evaluasi terhadap staf dilakukan oleh kepala instalasi atau kepala ruang terkait hasil dari pelatihan yang diberikan.

c. Meningkatkan aktifitas pengelolaan risiko

1. RS membentuk Komite PMKP yang didalamnya termasuk Sub Peningkatan Mutu dan Manajemen Risiko.

2. Komite PMKP menetapkan setiap kepala instalasi membuat laporan asesmen risiko dan bagaimana langkah untuk mengurangi risikonya.

3. Asesmen Risiko yang dimaksud baik klinis maupun non klinis.

4. RS Melakukan FMEA 1 tahun sekali mulai tahun 2015.

d. Mengembangkan sistem pelaporan

1. Komite PMKP melakukan sosialisasi ke semua staf terkait tipe dan jenis insiden, SPO pelaporan insiden dan formulir laporan insiden

2. Tiap instalasi tersedia formulir laporan insiden

3. Pelaporan insiden maksimal 2x24 jam setelah insiden terjadi seperti yang diatur dalam PERMENKES no. 1691/ 2011 tentang Keselamatan Pasien.

4. Dorong dan menggunakan pendekatan kepada staf agar staf tidak takut dalam melaporkan insiden

5. Komite PMKP dengan melakukan feedback dengan pendekatan kepada staf yang terlibat dan tidak ada sikap saling salah menyalahkan kepada staf.

e. Meningkatkan keterlibatan dan komunikasi dengan pasien

1. Komite PMKP melibatkan pasien dan keluarga pasien apabila terjadi suatu insiden pada pasien.

2. Keterlibatan pasien atau keluarga pasien yaitu dengan keterbukaan dalam melaporkan kronologi suatu insiden, memberitahu ke pasien apabila ada suatu insiden yang menimpa pasien serta menunjukkan empati kepada pasien dan keluarga pasien.

3. Mendorong staf melalui kepala ruang untuk memberitahukan ke pasien terkait asuhan yang diberikan ke pasien.

f. Adanya keterlibatan staf dalam belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien

1. Setiap ada insiden, maka staf yang terlibat dilibatkan dalam investigasi baik investigasi sederhana maupun dalam pelaksanaan RCA.

2. Komite PMKP dengan melakukan feedback dengan pendekatan kepada staf yang terlibat dan tidak ada sikap saling salah menyalahkan kepada staf.

3. Saling menyampaikan argumen secara terbuka di forum diskusi dan membuat suatu langkah perbaikan secara bersama.

Patient Safety Project
Approach Method And Say No To Blamming Culture

4. Melakukan investigasi yang dulu tahun 2014 masih melihat dari faktor staf dan mulai 2015 sudah mulai dengan melihat dari faktor sistem / alur, regulasi baik dari kebijakan atau panduan atau SPO, staf, tugas, pasien, lingkungan, manajemen dan komunikasi.

g. Adanya peningkatan terhadap pencegahan cedera melalui sistem keselamatan pasien

1. Rumah Sakit mulai tahun 2015 membuat 1 FMEA per tahun.

2. Setiap insiden segera dibuat investigasi dengan melakukan asesmen penyebab dari suatu insiden baik yang secara langsung maupun yang melatarbelkangi dan diberikan suatu rekomendasi untuk tindak lanjut guna perbaikan mutu dan pencegahan insiden terulang kembali.

3. Membuat PDSA pada Indikator-Indikator Keselamatan Pasien yang belum sesuai dengan standar yang telah ditetapkan atau PDSA untuk mencegah suatu insiden terulang kembali.

4. Melakukan audit pada Rekam Medis sebagai asesmen terkait kesesuaian terhadap asuhan yang diberikan kepada pasien.

dilaporkan yang bersifat KTD yaitu sebesar 40% dari insiden yang dilaporkan serta KNC, KPC dan KTC mengikuti. Variasi tipe insiden 33% dari 15 tipe insiden. Waktu ketepatan pelaporan insiden (2x24jam) belum dilakukan monitoring.

2) 2015

Pelaporan terkait insiden mulai meningkat 40% dari tahun 2014 dan insiden yang disoroti mulai variatif, KPC mulai banyak dilaporkan. Tidak hanya KTD saja yang dilaporkan tetapi KPC juga mulai dilaporkan. Persentase KTD dan KPC sama yaitu sebesar 40% dari insiden serta sisanya KNC & KTC dan sentinel tidak ada. Variasi tipe insiden 66% dari 15 tipe insiden. Dari persentase tersebut terlihat staf mulai sadar terkait keselamatan pasien, yang dibuktikan masalah yang bersifat potensial mulai dilaporkan sehingga pencegahan terhadap terjadinya insiden dapat dilakukan pencegahan. Waktu ketepatan pelaporan insiden (2x24jam) sebesar 90%.

3) 2016-2017

Pelaporan terkait insiden mulai meningkat yaitu 90% dan lebih variatif, berbagai tipe insiden telah dilaporkan seperti administrasi klinis, Prosedur klinis, Dokumentasi, Infeksi, Medikasi, Produk Darah, Nutrisi, Oksigenasi, Alat Kesehatan, Perilaku, Jatuh, Kecelakaan Pasien, Infrastruktural, Manajemen Organisasi dan Laboratorium. Variasi tipe insiden dengan persentase 86% dari 15 tipe insiden. Jenis insiden juga bervariasi dari KTD, KPC, KTC dan KNC karena sentinel tidak ada. Waktu ketepatan pelaporan insiden (2x24jam) sebesar 97%.

HASIL

1) 2014

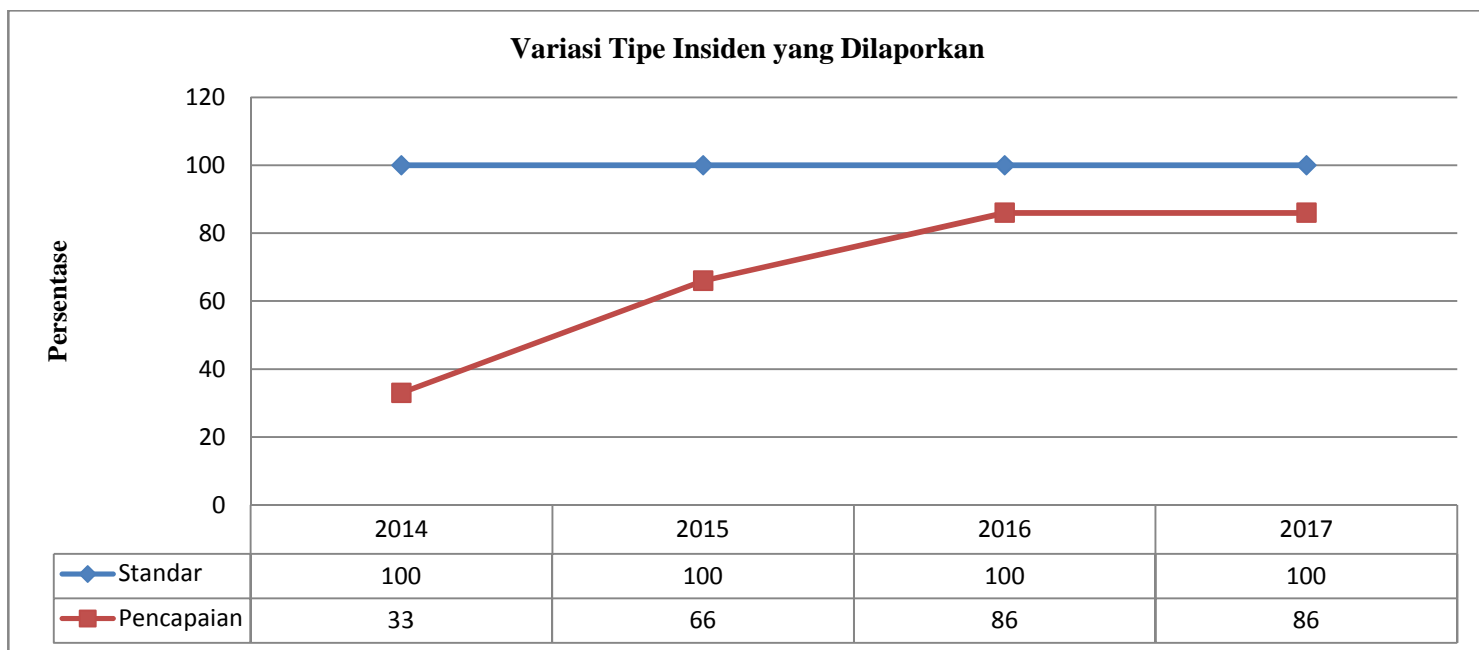
Pelaporan terkait insiden masih rendah yaitu sebesar 30%. Staf belum paham terkait keselamatan pasien (insiden apa yang perlu dilaporkan, bagaimana pelaporannya, siapa yang harus melaporkan dan takut jika nantinya akan disalahkan). 73% insiden yang disoroti dalam lingkup pelayanan keperawatan saja dan yang paling banyak

Patient Safety Project
Approach Method And Say No To Blamming Culture

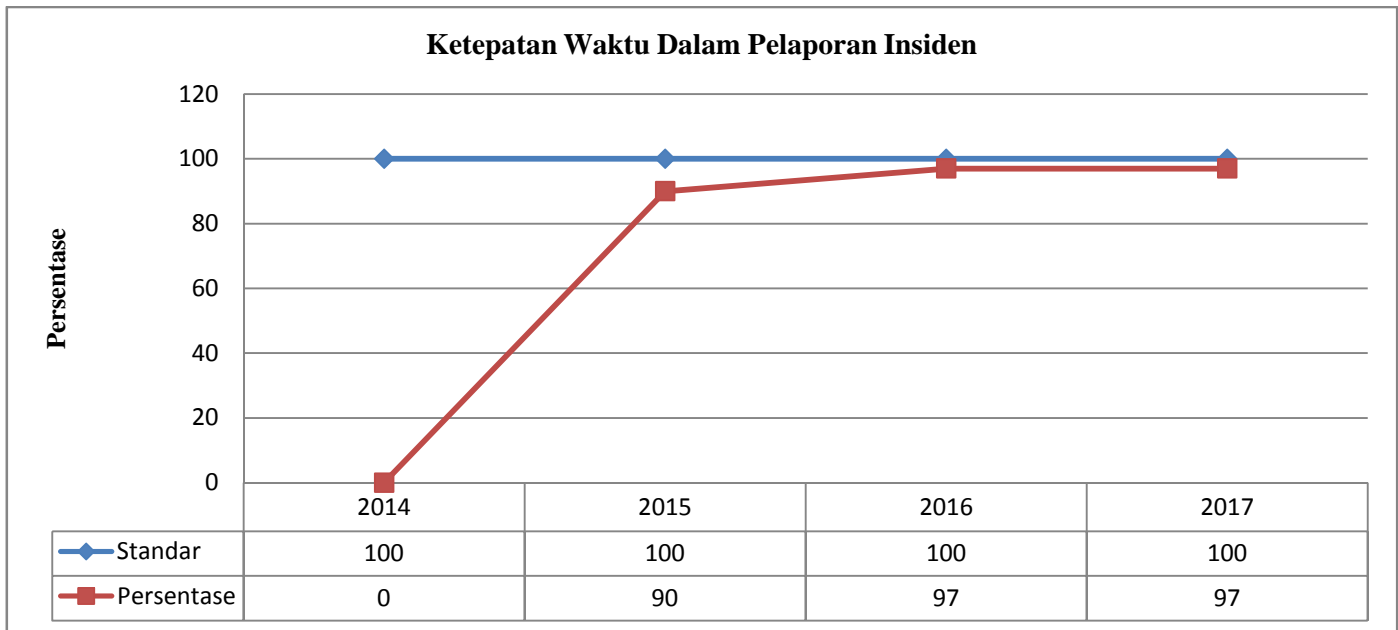
Tahun 2014 sampai Juli 2017 insiden yang dilaporkan dan yang disoroti staf mulai bervariasi tipenya. Dari 15 Tipe Insiden yang diantaranya : administrasi klinis, Prosedur klinis, Dokumentasi, Infeksi, Medikasi, Produk Darah, Nutrisi, Oksigenasi, Alat Kesehatan, Perilaku, Jatuh, Kecelakaan Pasien, Infrastruktural, Manajemen Organisasi dan Laboratorium. Pada awalnya hanya kurang lebih 5 tipe insiden saja yang disoroti karena ketidakpahaman staf, tetapi sekarang staf sudah mulai paham terkait tipe-tipe insiden, sehingga sekarang banyak insiden yang dilaporkan dengan berbagai tipe insiden.

Ketepatan pelaporan insiden tahun 2014 belum dimonitoring sehingga tidak dapat dipersentase, hal ini disebabkan karena kurang berjalannya tim KPRS. Mulai tahun 2015 sampai Juli 2017 dengan adanya Dukungan Staf dan dibentuknya Komite PMKP mulai ada peningkatan ketepatan pelaporan, yaitu pelaporan insiden dilakukan dalam waktu 2x24jam setelah terjadinya insiden. Sistem pendekatan kepada staf dan penerapan tidak saling menyalahkan staf sangat berpengaruh terhadap ketepatan dalam pelaporan insiden keselamatan pasien.

Grafik 1 : Kepatuhan Cuci tangan Petugas
RS. Khusus Bedah Karima Utama Surakarta tahun 2015 - 2017



Grafik 2 : Kepatuhan Penggunaan APD
RS. Khusus Bedah Karima Utama Surakarta tahun 2015 – 2017



KESIMPULAN

Dilihat dari 3 pokok bahasan terkait kesadaran pelaporan insiden, tipe insiden yang dilaporkan dan ketepatan waktu pelaporan insiden menunjukkan sudah mulai berkembangnya budaya keselamatan pasien di RS Khusus Bedah Karima Utama Suarakarta.

Dengan adanya sistem pendekatan oleh Komite PMKP dan tidak diberlakukan sistem menyalahkan dengan serta merta kepada staf sangat mempengaruhi berkembangnya budaya keselamatan pasien di RS Khusus Bedah Karima Utama Suarakarta.

Sistem investigasi dengan beberapa faktor (sistem / alur, regulasi baik dari kebijakan atau panduan atau SPO, staf, tugas, pasien, lingkungan, manajemen dan komunikasi) sangat berpengaruh terhadap keterbukaan staf dalam menyampaikan kronologi suatu insiden.

REFERENSI

Permenkes No. 1691 tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien.

KKPRS. 2015. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP). (Patient Safety Incident Report): Jakarta.

dr. Nico A. Lumenta, K.Nefro, MM, MHKes. 2017. Materi Workshop Sistem Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien.

NIHR *Patient Safety Translational Research Centre at Imperial College London and Imperial Collage Healthcare NHS Trust*. Patient Safety 2030

NHS. 2007. *National Patient Safety Agency. Healthcare Risk Assessment Made Easy*.

WHO. 2009. *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. Version 1.1.

Patient Safety Project
Approach Method And Say No To Blamming Culture

Hopkins, A. 2002. *Safety Culture, Mindfulness and Safe Behavior: Converging Idea?*. The Australian National University.

Sorrs JS, Nieva. Hospital Survey on Patient Safety Culture. Rockville, 2004, Agency for Healthcare Research and Quality.

Jones k., Skinner A. 2011. *Interpretating Safety Culture Survey Results and Action Plan Power Point*.
www.unmc.edu/rural/patient-safety.

Kuntjojo. 2009. *Metodologi Penelitian* : Jakarta.

Suryana. 2010. *Metodologi Penelitian* : Jakarta, Universitas Pendidikan Indonesia.

CNE. 2014. *Patient Safety and Patient Safety Culture : Foundations of Excellent Health Care Delivery* : Nephrology Nursing Journal.

Hakim, Lukman, et al. 2014. *Optimalisasi Proses Koordinasi Program Keselamatan Pasien (Patient Safety) di Rumah Sakit X Surabaya* : Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*. Volume 2. Nomor 3.

Lisa K, et al. 2016. *The Use of Red Rules in Patient Safety Culture* : USA. *Universal Journal of Management*.

Dowery, Haetam F Al, et al. 2015. *Patient's Safety Culture : Principles And Applications : Review Article* : European. *Scientific Journal*.

Building a Culture of Patient Safety, Report of the commission on Patient Safety and Quality Assurance. 2008. Departement of Health & Children.

Scientific Research Publishing. 2015. *The Culture of Incident Reporting and Feedback : A Cross-Sectional Study in a Hospital Setting*. HSOPSC.

Suparti, Sri, et al. 2013. *Action Reseach : Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di IBS RSUP Dr.Soeradji Tirtinegoro Klaten*. Muhammadiyah Journal of Nursing

Ietje, et al. 2013. *Analisis Sarana Manajemen yang Berhubungan dengan Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien di RS Dr. Wahidin Sudirohusodo Makasar*.

Susanto, Agus Donny, et al. 2013. *Intervensi Problem Solving Cycle (PSC) Berdasarkan 7 Prinsip Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit, Surabaya*, Tim Pengembangan Jurnal Universitas Airlangga

Patient Safety Project
Approach Method And Say No To Blamming Culture