

ANALISIS PELAKSANAAN TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN DI RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Alifa Rizqia Rachmawati

Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro

Abstract : *Hospital has to design a process, monitor and evaluate performance, analyze incident intensively in improving its patient safety performance. 'Seven Steps to Patient Safety' is a reference for hospitals to implement patient safety program. The objective of this research is to analyze the implementation of Seven Steps to Patient Safety in Sultan Agung Islamic Hospital Semarang. This research is qualitative descriptive research. Data were collected by indepth interview and observation method. The key informants of this research are four Quality Link Safety Champions of four different departments. The result showed that not all steps in Seven Steps to Patient Safety are implemented. There is still blaming culture in departments; the implementation of patient safety is still about collecting data only; mindset is still about only doing the program , not improving the program; lack of management commitment for demonstrating patient safety culture; there are still delays in reporting incident; there is no open communication policy about telling incident to patient and family; and there is no active learning about incident which involving all departments in hospital. Suggestion in this research is hospital need to do a routine meeting and excecutive walkabout which involve excecutive leader, Quality and Safety Committee, and departmens that focuses only about patient safety for demonstrating, enhance patient safety commitment, also improve open and fair patient safety culture.*

Keywords: Hospital services, Patient safety, Seven Steps to Patient Safety

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Rumah sakit adalah organisasi pelayanan yang serba padat; yaitu padat usaha, padat modal, padat kecanggihan teknologi, padat SDM dan profesi; karena itu lah menjadikan rumah sakit menjadi organisasi yang padat masalah.² Apabila kompleksitas di umah sakit tidak dikelola dengan baik maka dapat menimbulkan peluang untuk terjadinya kesalahan pelayanan yang dapat berakibat buruk bagi keselamatan pasien.

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) menyusun Standar Keselamatan Pasien. Rumah sakit harus merancang atau memperbaiki proses, memonitor dan mengevaluasi kinerja, menganalisis insiden secara intensif dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien. Proses perancangan tersebut harus mengacu pada "Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit" yang tertera pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Nomor 1691 tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien.⁹

Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien merupakan acuan rumah sakit dalam melaksanakan program keselamatan pasien. Tujuh langkah tersebut adalah membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien, memimpin dan mendukung staf, mengintegrasikan aktivitas pelaporan risiko, mengembangkan sistem pelaporan, melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien, belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien, serta mencegah cedera melalui implementasi sistem keselamatan pasien.

Rumah Sakit Islam Sultan Agung (RSISA) Semarang merupakan rumah sakit Kelas B yang sudah dinyatakan lulus akreditasi tingkat paripurna. Komite Keselamatan Pasien di RSISA sudah dibentuk sejak tahun 2012. Pada tahun 2015 Komite Keselamatan Pasien bergabung dengan Komite Mutu menjadi Komite Mutu dan Keselamatan Pasien.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan, data menunjukkan bahwa lebih dari separuh insiden yang terjadi pada tiga bulan terakhir adalah Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) yang sampai mencederai pasien. RSISA memiliki sistem pelaporan insiden, namun dalam pelaksanaannya masih terdapat banyak keterlambatan dan ada unit yang tidak melakukan pelaporan.

Demikian juga halnya dengan pelaporan manajemen risiko.

Pelaksanaan *Failure Mode Effect* (FMEA) dan *Root Cause Analysis* (RCA) masih melebihi *deadline* yang sudah ditentukan. Selain itu masih banyak dokumen keselamatan pasien yang belum terselesaikan di unit kerja. Untuk sarana dan prasarana yang ada di unit kerja juga dirasa masih belum cukup dan belum layak.

Berdasarkan latar belakang permasalahan yang telah diuraikan, maka peneliti tertarik untuk meneliti menganalisis tentang pelaksanaan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien di Rumah Sakit Islam Sutan Agung Semarang.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif-deskriptif. Penentuan sampel menggunakan *purposive sampling*. Informan utama adalah empat *Quality Link Safety Champion* (QLSC) atau penggerak keselamatan pasien di unit kerja. Informan triangulasi adalah Wakil Ketua dan sekretaris Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP); Kepala Bagian Pengembangan Sumber Daya Insani; dan Kepala Bagian Keuangan. Pengumpulan data penelitian dilakukan melalui wawancara mendalam dan observasi non parsitipatif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Untuk meningkatkan mutu dan keselamatan pasien, RSISA membentuk Komite Mutu dan Keselamatan Pasien (KMKP) yang bertugas untuk menyusun, menggerakkan, mengimplementasikan, dan mengevaluasi program keselamatan pasien.

Dalam menjalankan programnya, KMKP memiliki penggerak keselamatan pasien atau *Quality Link Safety Champion* (QLSC) di unit kerja. QLSC berperan sebagai panjang tangan dari KMKP ke unit kerja, penerus informasi terkait keselamatan pasien ke staf, mengikuti rapat-rapat insidentil terkait keselamatan pasien, menilai dan mengevaluasi pelaksana, dan bertanggung jawab atas laporan keselamatan pasien kepada KMKP.

1. Langkah pertama : *Bangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien*

Berdasarkan wawancara mendalam, RSISA sudah melakukan upaya untuk membangun kesadaran dengan diberlakukannya sistem *reward* berupa uang bagi unit kerja yang melaporkan insiden hingga selesai, KMKP selalu mengingatkan tentang pelaporan insiden, distribusi formulir insiden ke unit kerja, sosialisasi saat orientasi karyawan baru, dan koordinasi tentang pelaporan antara unit kerja dan KMKP.

Kegiatan yang digalakkan sebatas pelaporan dan *collecting data*. RSISA sudah

mendapatkan akreditasi, sehingga *mindset* yang ada adalah keselamatan pasien di RSISA sudah berjalan dan tinggal dilanjutkan saja, sehingga belum sampai di tahap memperbaiki atau meningkatkan sistem dan budaya keselamatan pasien ke arah yang lebih baik. Kesadaran untuk melakukan pengembangan ke arah perbaikan masih kurang. Bila tidak dilakukan upaya untuk meningkatkan kesadaran akan berdampak pada pelaksanaan keselamatan pasien yang hanya melaporkan terjadinya insiden, tetapi akan terus berulang untuk insiden yang sama karena tidak ada upaya pembelajaran, inisiatif, kepedulian dan keterpanggilan untuk melaksanakan pelayanan yang lebih baik dan mengutamakan keselamatan pasien.²⁵

RSISA pernah melakukan survey penilaian keselamatan pasien sebanyak satu kali pada tahun 2009, namun tidak ada tindak lanjut yang berarti dari survey tersebut. *Assessment* hanya menggambarkan tingkat budaya pada satu waktu tertentu saja, sehingga *assessment* seharusnya dilakukan secara berkala untuk menilai perkembangannya.²⁶

QLSC masih belum mengetahui atau familiar dengan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien, karena belum ada panduan atau pedoman terkait Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien dan

belum ada sosialisasi khusus tentang langkah-langkah tersebut. Semenjak tahun 2014 belum dilaksanakan sosialisasi kembali tentang Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien yang berkaitan dengan pencatatan, pelaporan, dan analisis akar masalah padahal sampai sekarang KMKP dan unit kerja masih mengeluhkan pemahaman yang kurang dan pelaporan yang masih dianggap rumit.

2. Langkah ke dua : *Pimpin dan Dukung Staf Anda*

Kunjungan monitoring lapangan ke unit kerja oleh Direksi dan KMKP belum dilakukan secara rutin, belum fokus pada keselamatan pasien, dan belum merata ke seluruh unit kerja. Untuk upaya mendemonstrasikan keselamatan pasien, pimpinan harus menyisihkan waktu satu jam dalam satu minggu untuk mengunjungi unit kerja yang berbeda untuk membahas keselamatan pasien dan tata kelola klinis dengan staf.¹⁵

Belum ada pertemuan khusus untuk keselamatan pasien yang dilakukan. Sosialisasi mengenai Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien dilakukan satu kali pada tahun 2014 atau saat menjelang akreditasi.

3. Langkah ke tiga: *Integrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko*

Pengelolaan risiko yang terintegrasi adalah ketika risiko dan tindak lanjut yang

dilakukan di suatu unit kerja dapat menjadi pembelajaran bagi unit kerja lain di rumah sakit.¹⁵

Manajemen risiko di RSISA masih dalam tahap pelaporan, yaitu unit kerja mengidentifikasirisiko masing-masing, melakukan penilaian risiko dan melaporkannya kepada KMKP setiap tiga bulan sekali. Belum ada proses pembelajaran dari risiko yang terjadi di unit kerja. Pertemuan manajemen risiko yang seharusnya dilaksanakan tiga bulan sekali baru terlaksana satu tahun sekali karena kesibukan Ketua KMKP.

Belum semua staf terlibat dalam manajemen risiko. Belum semua unit melakukan monitoring terhadap risiko di unit kerja masing-masing karena kurangnya pemahaman tentang manajemen risiko. Belum ada SOP terkait pelaksanaan manajemen risiko di RSISA. Masih banyak keterlambatan pelaporan dan bahkan banyak unit yang tidak melaporkan pelaporan manajemen risiko.

4. Langkah ke empat: *Kembangkan Sistem Pelaporan*

Kesalahan nampak apabila para staf memiliki kesadaran untuk melaporkan setiap insiden yang terjadi dan tidak menutupi kejadian tersebut. Mekanisme pelaporan insiden baru dapat berjalan dengan baik apabila lingkungan kerja terbebas dari upaya saling menyalahkan.¹⁷

Pelaporan insiden internal dari unit kerja ke KMKP dapat dilakukan melalui telepon terlebih dahulu atau langsung dengan formulir insiden. Untuk *grading* insiden hijau dan biru KMKP hanya menerima dan melakukan rekapitulasi pelaporan.

Sistem pelaporan yang dikembangkan oleh RSISA Semarang masih belum optimal. Masih banyak keterlambatan pelaporan insiden bulanan dari unit kerja. Banyak insiden yang tidak dilaporkan karena masih ada budaya menyalahkan dan menghukum di unit kerja.

KMKP sudah melakukan sosialisasi agar tidak adanya *blaming culture* di RSISA, tapi hal tersebut belum dilaksanakan oleh seluruh unit kerja di RSISA yang berarti belum meratanya *no blaming culture* di RSISA Semarang. Hal ini didukung oleh penelitian tentang penurunan pelaporan insiden yang menyatakan bahwa adanya ketakutan disalahkan disebabkan oleh karena belum meratanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.²⁷

Laporan insiden dianggap beban karena rumit, kesibukan unit kerja membuat laporan tidak terjamah, pola pikir staf tidak perlu melaporkan insiden yang tidak menyebabkan cedera pada pasien, kurang peran aktif KMKP untuk membimbing penyelesaian pelaporan insiden, serta ada insiden yang terlambat diketahui.

Unuk pelaporan insiden eksternal ke PERSI belum dilakukan secara rutin. KMKP pun belum pernah menerima *feedback* pelaporan dari PERSI.

5. Langkah ke lima: *Libatkan dan Berkomunikasi dengan Pasien*

RSISA belum memiliki kebijakan atau panduan terkait mengkomunikasikan insiden kepada pasien. Staf pun menjadi bingung menentukan apa yang harus dilakukan, apakah staf harus terbuka, atau pura-pura tidak tahu.

Rumah sakit perlu melakukan *medical error disclosure* atau pengungkapan kesalahan medis dengan mempertimbangkan situasi dan kondisi.⁹ Bersikap terbuka tentang apa yang telah terjadi dan membahas masalah segera, sepenuhnya dan penuh kasih dapat membantu pasien mengatasi dan menghadapi efek dari kesalahan yang telah terjadi.¹⁵

6. Langkah ke enam: *Belajar dan Berbagi Pengalaman tentang Keselamatan Pasien*

Belajar dan berbagi pengalaman tentang keselamatan pasien dilakukan dengan berdiskusi saat rapat ruangan. Analisis akar masalah dilakukan dengan metode RCA untuk insiden yang mempunyai *grade* kuning atau merah. RCA melibatkan KMKP dan pihak yang terlibat dalam insiden dan unit kerja yang

mengalami insiden. Hasil RCA belum disebarluaskan ke seluruh unit kerja

Terdapat beberapa kendala yaitu sulit mengumpulkan pihak-pihak yang terlibat dalam insiden di satu waktu, serta memerlukan proses tindak lanjut yang memakan waktu lama terutama untuk penyelesaian kasus yang memerlukan biaya yang cukup besar sehingga pelaksanaan RCA melebihi dari batas waktu.

7. Langkah ke tujuh: Cegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien

Belum ada pembelajaran insiden secara aktif dan melibatkan seluruh unit kerja. Hanya ada penyampaian jumlah insiden saat rapat pimpinan tiga bulanan. Penyebaran informasi judul insiden dan tindak lanjut insiden melalui *IT Blog* rumah sakit belum rutin dilakukan.

Dalam mencegah cedera RSISA menggunakan metode FMEA yang dilakukan satu tahun sekali. KMKP memprioritaskan risiko di unit kerja yang akan dilakukan *redesign*. Risiko yang diprioritaskan adalah risiko dengan *grading* tinggi sampai sangat tinggi.

Dalam pelaksanaan FMEA masih terdapat kendala, yaitu pelaksanaannya memerlukan dana yang besar sehingga harus dilakukan bertahap dan memerlukan waktu yang lama, birokrasi yang panjang,

pelaksanaan sering bentrok dengan program rumah sakit yang lain, dan *vacuumnya* pertemuan manajemen risiko.

8. Sumber Daya Manusia dalam Pelaksanaan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Ketua KMKP dan Wakil Ketua KMKP juga menjabat di bagian lain, sehingga tidak bisa secara penuh menjalankan tugasnya di KMKP. Jumlah anggota KMKP dan QLSC di unit kerja dirasa cukup, namun harus selalu diimbangi dengan *refresh* secara berkala kepada staf. Belum semua anggota KMKP mengikuti pelatihan RCA dan FMEA.

Tidak ada pelatihan khusus tentang Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien. Hanya ada sosialisasi pada tahun 2014 saat menjelang akreditasi dan tidak ada pengukuran efektivitas dari sosialisasi tersebut.

9. Ketersediaan Dana dalam Pelaksanaan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

Dana terkait Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien disusun oleh KMKP satu tahun sekali, dan diusulkan kepada Direksi. Dana yang tersedia sudah cukup bahkan berlebih. Pasalnya tahun ini KMKP bisa dikatakan *vacuum*, sehingga tidak terlalu banyak kegiatan yang dilaksanakan.

10. Sarana dan Prasarana

Komputer di unit kerja dinilai belum cukup dan belum layak sehingga menghambat pelaksanaan dan pencatatan dan pelaporan. Belum ada sarana teknologi informasi yang terintegrasi di rumah sakit sehingga menjadi kendala dalam pelaporan insiden di unit kerja.

Ketika ada insiden maka unit kerja harus mencatat nomor rekam medis pasien, waktu dan tanggal insiden tersebut terjadi, perawat yang melakukan kontak dengan pasien, dan sebagainya. Saat ini hal tersebut harus dilakukan dengan cara manual, sehingga untuk melihat rekam medis pasien, unit kerja harus pergi ke rekam medis untuk melihat nomornya. Padahal unit kerja sudah merasa sibuk dengan tugas pokoknya di unit masing-masing. Untuk waktu dan tanggal insiden terjadi pun unit kerja sering kali lupa karena tidak ada sistem komputer yang mencatat. Hal ini akhirnya menyebabkan unit malas melaporkan insiden, keterlambatan pelaporan insiden, dan tidak lengkapnya data di formulir insiden.

11. Kebijakan dan SOP dalam Pelaksanaan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

RSISA belum memiliki dokumen yang menjelaskan tentang petunjuk pelaksanaan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien, sehingga staf pun

masih kurang familiar. Namun RSISA sudah memiliki panduan terkait poin-poin yang ada di dalam Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien; seperti RCA, FMEA, pencatatan dan pelaporan insiden.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian, belum semua langkah dalam 'Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien' dilakukan oleh RSISA terutama untuk langkah ke lima, yaitu komunikasi terbuka kepada pasien dan keluarga tentang insiden. Sudah dilakukan berbagai upaya untuk mencapai langkah yang lain, namun upaya yang dilakukan masih belum optimal.

SARAN

1. Tim KMKP diharap turun lapangan apabila terjadi KTD dan insiden sentinel, serta membimbing unit kerja dalam proses penyelesaian laporan insiden.
2. Tim KMKP dan Direksi diharap melakukan dialog khusus secara rutin tentang keselamatan pasien dengan staf dalam rangka menunjukkan komitmen dan mempromosikan keselamatan pasien; meningkatkan kesadaran, serta membangun budaya terbuka dan adil.¹⁵
3. Melaksanakan sosialisasi secara rutin untuk meningkatkan pemahaman seluruh staf.

4. Melaksanakan pertemuan khusus yang membahas tentang pembelajaran insiden yang pernah terjadi dan isu keselamatan pasien untuk mencegah insiden yang sama terulang kembali, meningkatkan kesadaran, membangun budaya terbuka, adil, dan *no blaming*.⁸
5. Perlu dibuat dokumen yang memuat tentang petunjuk pelaksanaan Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien di RSISA
6. Perlu dibuat panduan yang memuat etika serta cara berkomunikasi dengan pasien dan keluarga apabila terjadi insiden.
7. Perlu dibuat SOP terkait pelaksanaan manajemen risiko di RSISA.
8. Perlu dibuat sistem teknologi informasi yang terintegrasi di rumah sakit untuk memudahkan pencatatan dan pelaporan Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Malang: Fakulta Kedokteran Universitas Brawijaya Malang, 2014
5. National Patient Safety Agency. Seven Steps to Patient Safety The Full Reference Guide, 2004 (www.npsa.nhs.uk/sevensteps, diakses 10 Maret 2016)
6. Cahyono, Suharjo. Menjadi Pasien Cerdas Kiat Memperoleh Layanan Medis Terbaik dan Aman. Jakarta : PT. Gramedia Pustaka Utama, 2013
7. Carayon, Pascale dan Ayse P. Gurses Nursing Workload and Patient Safety, 2003 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2657/>, diakses pada 18 Agustus 2016)
8. Departemen Kesehatan RI. Panduan Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Patient Safety). Jakarta: Departemen Kesehatan RI, 2008

DAFTAR PUSTAKA

1. Widajat, Rochmanadji. Being a Great and Sustainable Hospital. Jakarta : PT Gramedia Pustaka Utama, 2009
2. Cahyono, Suharjo. Membangun Budaya Keselamatan Pasien dalam Praktik Kedokteran. Yogyakarta : Kanisius, 2008
3. Rahayu, Sri. Pengembangan Program Patient Safety Berdasarkan Awareness dan Komitmen Individu. RSUD Ibnu Sina Kabupaten Gresik, 2011
4. Iskandar, Heru, Halimi Maksum, dan Nafisah. Faktor Penyebab Penurunan Pelaporan Insiden