

Analysis of Patient Safety Management in Committee for Quality Improvement and Patient Safety at Sumbawa Hospital, West Nusa Tenggara

Evie Sulahyuningsih¹⁾, Didik Tamtomo²⁾, Hermanu Joebagio³⁾

¹⁾Masters Program in Public Health, Universitas Sebelas Maret

²⁾Department of Anatomy, Faculty of Medicine, Universitas Sebelas Maret

³⁾Faculty of Teaching and Educational Sciences, Universitas Sebelas Maret

ABSTRACT

Background: Patient safety is a crucial issue and a focus of policy standard in internationally accredited organizations. The specific committee responsible for quality improvement in patient safety is the committee for quality improvement and patient safety (PMKP). Incidence of malpractice often occurs but are not reported. It indicates that the committee has not worked according to required accreditation standard. This study aimed to analyze patient safety management with the committee for quality improvement and patient safety at Sumbawa Hospital, West Nusa Tenggara.

Subjects and Method: This was a qualitative study with phenomenology approach. Nine study participants were selected purposively, consisting of 3 committee members (chairperson, secretary, and patient safety sub-committee), 3 chiefs of ward (pediatrics, internal medicine, and surgery), and 4 nurses or midwives (pediatrics, surgery, ICU/ICCU, and obstetrics).

Results: The committee for quality improvement and patient safety has been established at Sumbawa Hospital, West Nusa Tenggara to meet the requirement of hospital accreditation standard. It aimed to improve the quality of services and to assure patient safety. However, its work has not meet the required standard. The lack of knowledge among involving parties, including hospital management, PMKP member, medical professionals was identified as one important obstacle for the implementation of patient safety management. This has led to the incidence of malpractice at the hospital, sub-standard quality of services and patient safety.

Conclusion: PMKP has been established at Sumbawa Hospital, West Nusa Tenggara. However, their work have not meet the required standard. The lack of knowledge among involving parties, including hospital management, PMKP, and health professional, has led to the incidence of malpractice at the hospital, sub-standard quality of services and patient safety.

Keyword: quality improvement, patient safety management, committee

Correspondence:

Evie Sulahyuningsih. Masters Program in Public Health, Sebelas Maret University, Jl. Ir. Sutami 36 A, Surakarta 57126, Central Java. Mobile: 08786410495.

LATAR BELAKANG

Keselamatan pasien merupakan persoalan kritis dalam rumah sakit yang sering di publikasikan dan menjadi fokus internasional. Keselamatan pasien menjadi standar kebijakan dalam organisasi akreditasi internasional (El-Jardali *et al.*, 2011). Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) telah menyusun standar keselamatan pasien rumah sakit dalam instrumen standar keselamatan

pasien rumah sakit untuk meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien (Priyoto dan Widias-tuti, 2014).

Komite yang berperan dalam keselamatan pasien adalah komite peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP) yang menjangkau ke seluruh unit kerja di rumah sakit. Pelaksanaan program kerja komite tidak mudah karena memerlukan koor-

dinasi dan komunikasi yang baik antara kepala bidang/ divisi medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi, dan lainnya termasuk kepala unit/ departemen/ instalasi pelayanan. Sub Komite Keselamatan Pasien merupakan salah satu sub dari komite PMKP yang berperan dalam manajemen keselamatan pasien meliputi penyusunan program dan laporan, monitoring dan evaluasi, menyusun indikator keselamatan pasien, melakukan pendokumentasian, investigasi dan analisis terkait insiden keselamatan pasien (KARS, 2017).

Penerapan manajemen keselamatan pasien di rumah sakit memegang peranan yang sangat penting dalam upaya mencegah atau meminimalkan terjadinya insiden keselamatan pasien yang bersifat merugikan. Keselamatan pasien merupakan tanggungjawab semua pihak yang berkaitan dengan pemberi pelayanan kesehatan. *Stakeholder* mempunyai tanggung jawab memastikan tidak ada tindakan yang membahayakan pasien (Kangasniemi *et al.*, 2013). Pasien juga memainkan peran lebih besar dalam mengelola kesehatan mereka sehingga dapat menunjang upaya keselamatan pasien (Bishop dan Macdonald, 2014).

Faktor yang berkontribusi terhadap terjadinya KTD di rumah sakit antara lain yang menyatakan bahwa komunikasi tentang pengobatan dan pembedahan adalah yang paling utama yang mempengaruhi budaya keselamatan pasien (Smith *et al.*, 2017). Sebuah analisis dari 2.455 peristiwa sentinel dilaporkan kepada organisasi komisi akreditasi kesehatan menunjukkan bahwa 70% dari kasus adalah akibat dari kegagalan dalam komunikasi (El-Jardali *et al.*, 2011).

Joint Commission International (JCI) dan *World Health Organization* (WHO) melaporkan beberapa negara terdapat 70% kejadian kesalahan pengobatan meskipun,

JCI dan WHO mengeluarkan “*Nine Life-Saving Patient Safety Solutions*” atau 9 solusi keselamatan pasien. Kenyataannya, permasalahan keselamatan pasien masih banyak terjadi termasuk di Indonesia (JCI, 2017).

Isu keselamatan pasien di Indonesia mulai dibahas pada tahun 2000, diikuti dengan studi pertama di 15 rumah sakit dengan 4500 rekam medik. Hasilnya menunjukkan bahwa angka KTD sangat bervariasi, yaitu 8.0% hingga 98.2% untuk kesalahan diagnosis dan 4.1% hingga 91.6% untuk kesalahan pengobatan. Sejak itu, bukti-bukti tentang keselamatan pasien di Indonesia pun merebak, meskipun belum ada studi nasional hingga saat ini (Aranaz-Andrés *et al.*, 2011).

Laporan tersebut mencerminkan bahwa manajemen keselamatan pasien kurang diterapkan, sehingga KTD masih terjadi. Menanggapi hal ini Indonesia telah mendirikan KKP-RS (Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit) sejak tahun 2005 oleh PERSI (Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia). Sejak tahun 2006 workshop keselamatan pasien dan manajemen risiko klinis, telah diikuti hampir 1900 staf RS (dokter, perawat, dll) dari ± 250 Rumah Sakit seluruh Indonesia (Kemenkes, 2015).

Tahun 2008 badan akreditasi nasional rumah sakit menjadikan keselamatan pasien sebagai standar akreditasi melalui pembentukan komite PMKP. Undang-undang Nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit dan keselamatan pasien wajib dilaksanakan oleh Rumah Sakit, dan Permenkes nomor 1691 tahun 2011 tentang keselamatan pasien (Kemenkes, 2015). Mayoritas (84%) profesional layanan kesehatan dapat merangsang tindakan untuk memperbaiki budaya keselamatan pasien (Zwijnenberg *et al.*, 2016).

Pelaporan insiden keselamatan pasien berdasarkan propinsi pada tahun 2008

ditemukan propinsi DKI Jakarta 37.9%, Jawa Tengah 15.9%, D.I. Yogyakarta 18.8%, Jawa Timur 11.7%, Sumatera Selatan 6.9%, Jawa Barat 2.8%, Bali 1.4%, Aceh 10.7% dan Sulawesi Selatan 0.7% (KKP-RS, 2008 dalam Keles *et al.*, 2015). Kasus yang paling sering terjadi adalah kesalahan obat yang tidak jarang berlanjut menjadi tuntutan hukum dan berakhir di pengadilan. Melihat fenomena tersebut, program keselamatan pasien rumah sakit (*hospital patient safety*) sangatlah penting dan merupakan peningkatan dari program mutu yang selama ini dilaksanakan secara konservatif (Kemenkes, 2009).

Peran dari pihak manajemen atau komite PMKP rumah sakit sangatlah penting dalam manajemen keselamatan pasien, mengingat insiden keselamatan pasien di rumah sakit diharapkan pada nilai *zero defect* (tingkat insidensi 0%). Pelaksanaannya memerlukan koordinasi dan komunikasi yang baik antara kepala bidang/ divisi medis, keperawatan, penunjang medis, administrasi, dan lainnya termasuk kepala unit/ departemen/ instalasi pelayanan (KARS, 2017).

Berdasarkan survei pendahuluan di RSUD Daerah Sumbawa, komite PMKP baru dibentuk pada tahun 2017. Badan akreditasi nasional sudah menetapkan standar keselamatan pasien terkait pembentukan komite PMKP sejak tahun 2008. Penerapan manajemen keselamatan pasien juga belum maksimal dan masih belum sesuai dengan SOP keselamatan pasien yang sudah ditetapkan. Pengetahuan dan kesadaran staf masih rendah, sehingga tidak ada pelaporan dan dokumentasi insiden keselamatan pasien.

Tujuan penelitian ini adalah menganalisis manajemen keselamatan pasien pada komite PMKP di RSUD Sumbawa.

SUBJEK DAN METODE

1. Tempat dan Waktu

Penelitian ini akan dilaksanakan di RSUD Daerah Sumbawa, Kabupaten Sumbawa, Nusa Tenggara Barat. Alasan pemilihan tempat ini, karena peran dari komite PMKP khususnya sub keselamatan pasien belum berjalan sesuai dengan standar manajemen keselamatan. Penelitian dilakukan pada bulan Nopember 2017.

2. Rancangan Penelitian

Penelitian ini adalah kualitatif dengan pendekatan *fenomenology* yaitu pendekatan yang memberikan deskripsi, refleksi, interpretasi, dan modus riset yang menyampaikan intisari dari pengalaman kehidupan individu yang diteliti (Afiyanti dan Rachmawati, 2014).

Pendekatan fenomenologi adalah pendekatan yang memberikan deskripsi, refleksi, interpretasi, dan modus riset yang menyampaikan intisari dari pengalaman kehidupan individu yang diteliti (Afiyanti dan Rachmawati, 2014).

3. Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini adalah pengurus komite PMKP, kepala ruang dan perawat/ bidan pelaksana di ruang rawat inap RSUD Sumbawa yang memenuhi kriteria penelitian. Pemilihan partisipan dengan teknik *purposive sampling* yaitu dipilih dengan pertimbangan dan tujuan tertentu dengan cara partisipan diseleksi (Sugiyono, 2015). Jumlah partisipan 9 orang yaitu 3 orang pengurus komite (ketua, sekretaris, dan sub komite keselamatan pasien), 3 orang kepala ruang (anak, penyakit dalam, dan bedah sekaligus sekretaris komite), dan 4 orang perawat/ bidan pelaksana ruang rawat inap (anak, bedah, icu/ iccu, dan kebidanan).

4. Teknik pengumpulan dan analisa data

Data dikumpulkan dengan *in-depth interview*, observasi dan studi dokumen.

Analisis data dengan menggunakan analisis tematik. Braun dan Clarke (2014) mengungkapkan bahwa analisis tematik merupakan metode untuk mengidentifikasi, menganalisis tema, dan makna dari suatu data dalam kaitannya dengan pertanyaan penelitian atau memberikan deskripsi terhadap data secara keseluruhan.

5. Instrumen Penelitian

Instrumen pengumpulan data adalah peneliti. Sedangkan alat bantu pengumpulan data adalah kuesioner, pedoman wawancara, lembar observasi (*checklist*), lembar catatan observasi, lembar catatan studi dokumen, *tape recorder*, dan kamera.

HASIL

1. Peran komite PMKP dalam perspektif manajemen keselamatan pasien

Komite PMKP dibentuk dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan pasien dan menjamin keselamatan pasien. Komite ini juga untuk memenuhi standar akreditasi rumah sakit yang mempunyai kegiatan dengan spektrum yang sangat luas. Salah satu sub komite yang bertanggung jawab terhadap keselamatan pasien adalah Sub komite keselamatan pasien.

Sub Komite ini berperan dalam manajemen keselamatan pasien meliputi penyusunan program dan laporan, monitoring dan evaluasi, menyusun indikator keselamatan pasien, pendokumentasian investigasi dan analisis terkait insiden keselamatan pasien. Program kerja sudah disusun oleh komite, namun pelaksanaannya masih belum bisa dilaksanakan secara keseluruhan karena komite baru terbentuk.

Penetapan SOP terkait program keselamatan pasien harus ditetapkan sebagai dasar atau standar dalam melakukan sesuatu. Di RSUD Daerah Sumbawa, mulai dari pembuatan dokumen sampai cetak

formulir itu merupakan tugas dari pokja keselamatan pasien, dimana tim tersebut sekaligus sebagai tim sub keselamatan pasien. Ini menunjukkan bahwa sistem pelaksanaan manajemen belum sesuai standar. Hal ini disebabkan karena keterbatasan pengetahuan terkait peran komite PMKP dalam keselamatan pasien.

Sosialisasi kepada tiap unit terkait peran dari komite PMKP harus dilakukan agar semua petugas khususnya petugas kesehatan mengetahui apa yang menjadi uraian tugas, wewenang dan tanggung jawab dari komite. Sebagian partisipan dan juga petugas di tiap unit belum tahu dan tidak memahami peran dari komite PMKP, bahkan belum tahu keberadaan komite ini di rumah sakit. Hal ini disebabkan belum dilakukan sosialisasi terkait peran komite PMKP.

2. Implementasi Manajemen Keselamatan Pasien

Pelaksanaan 6 SKP di RSUD Daerah Sumbawa belum berjalan dengan maksimal. Hal ini disebabkan karena berbagai kendala yaitu keterbatasan pengetahuan dan kesadaran personal/ petugas dan pihak manajemen atau rumah sakit serta keterbatasan sarana dan prasarana dalam melakukan 6 SKP. Ketidaksihesuaian dalam pelaksanaan enam sasaran keselamatan pasien (SKP) meningkatkan insiden keselamatan pasien (IKP).

Kejadian IKP wajib dilaporkan oleh petugas yang bersangkutan kepada kepala unit yang bertanggung jawab pada unit tersebut. Alur pelaporan harus ada standar bakunya. Kenyataannya, selama ini RSUD Daerah Sumbawa belum memiliki sistem pelaporan terkait IKP. Ketika terjadi IKP petugas biasanya tidak melaporkan atau kadang hanya melaporkan ke kepala unit secara lisan, sehingga tidak ada data atau dokumen yang terkait jumlah insiden yang terjadi di rumah sakit.

Kejadian terkait IKP sering terjadi di rumah sakit, namun dalam pelaksanaan sistem pelaporannya ditemukan beberapa kendala yaitu pemahaman dan kesadaran dari personal dan adanya budaya menyalahkan/ *blame culture*.

Pendidikan dan pelatihan terkait keselamatan pasien harus diberikan kepada semua petugas yang ada di rumah sakit. Di RSUD Daerah Sumbawa sudah memprogramkan hal tersebut, hanya saja belum dilaksanakan ke semua petugas atau staf. Pelaksanaan baru di tingkat kepala unit.

3. Outcome atau hasil pelaksanaan manajemen keselamatan pasien

Monitoring dan evaluasi dilakukan sebagai tindak lanjut dari program-program yang sudah dilakukan. Di RSUD Daerah Sumbawa belum dapat dilakukan monitoring dan evaluasi terkait peran komite PMKP dalam manajemen keselamatan pasien. Hal ini disebabkan karena komite PMKP yang baru terbentuk di rumah sakit dan pelaksanaan SKP masih dalam tahap sosialisasi.

PEMBAHASAN

1. Peran komite PMKP dalam perspektif manajemen keselamatan pasien

Komite PMKP dibentuk untuk mendukung akreditasi, yang berperan dalam peningkatan mutu dan keselamatan pasien. Program kerja komite terkait keselamatan pasien adalah penetapan indikator 6 SKP dan analisis insiden. Sistem manajemen rumah sakit belum dilaksanakan dengan baik, sehingga berdampak pada pelaksanaan peran komite PMKP dalam manajemen keselamatan pasien yang belum sesuai standar. Pelaksanaan program kerja dapat terlaksana dengan baik, apabila dari pihak manajemen, pengurus komite, kepala unit, dan petugas pelaksana atau teknis memahami peran dan program kerja dari komite PMKP.

Praktik yang paling umum untuk memperbaiki budaya keselamatan pasien yaitu penetapan tujuan dan perencanaan tindakan yang kuat untuk peningkatan kualitas, penerapan inisiatif dan program keselamatan pasien, dan metode administrasi survei yang ketat (Campione dan Famolaro, 2017).

Keterbatasan dalam pemahaman dan adanya ketidaksesuaian peran dari komite PMKP, terjadi akibat kurangnya keterpaparan terhadap informasi. Pendidikan dan pelatihan terkait peran komite perlu dilakukan, sehingga pengurus komite mengerti dan dapat menjalankan perannya sesuai tugas, tanggung jawab dan wewenang.

Strategi pendidikan dan kepatuhan terhadap protokol, pengembangan dan penerapan program pelatihan berbasis simulasi dilakukan untuk peningkatan keterampilan teknis dan non-teknis (Lee *et al.*, 2014). Komite/ tim PMKP dan juga penanggung jawab data di unit kerja perlu mendapat pelatihan terkait manajemen data rumah sakit, yaitu pengumpulan, analisis, dan rencana perbaikan. Selain itu, agar komite/ tim PMKP dapat melakukan koordinasi dan pengorganisasian yang baik maka diperlukan pelatihan manajemen keselamatan pasien (KARS, 2017).

2. Implementasi Manajemen Keselamatan Pasien

Di RSUD Daerah Sumbawa, manajemen keselamatan pasien belum berjalan dengan baik. Fungsi manajemen seperti *planning*, *organizing*, *actuating*, dan *controlling* (Gillies, 1994) terkait keselamatan pasien masih belum dilaksanakan sesuai dengan standar.

Fungsi *planning* atau perencanaan merupakan landasan dari pelaksanaan fungsi manajemen yang lain. Fungsi perencanaan keselamatan pasien di RSUD Daerah Sumbawa dituangkan dalam perumusan

program kerja terkait keselamatan pasien. Programnya mencakup perumusan indikator, penyusunan pedoman kegiatan, program pelatihan dan pengembangan, sosialisasi indikator mutu terkait keselamatan pasien, dan analisa keselamatan pasien. Program kerja yang sudah ditetapkan tentunya membutuhkan suatu strategi pendekatan agar bisa terlaksana sesuai dengan harapan, sehingga dapat meningkatkan mutu dan budaya keselamatan pasien.

Peningkatan nilai budaya keselamatan pasien melalui penerapan pengukuran budaya rutin dengan diseminasi hasil yang luas. Adanya perencanaan tindakan untuk perbaikan yang mencakup dukungan kepemimpinan dan keterlibatan dari semua tingkat staf, dan program keselamatan pasien yang beragam dan juga pendidikan (Campione dan Famolaro, 2017).

Fungsi *organizing* merupakan suatu strategi untuk melaksanakan program keselamatan pasien. Dampak beberapa strategi peningkatan budaya keselamatan pasien, menunjukkan bahwa bukti kuat yang mendukung praktek-praktek terbaik dalam peningkatan budaya keselamatan (Morello *et al.*, 2013). Pengorganisasian di RSUD Daerah Sumbawa belum dilakukan dengan baik. Pengalokasian sumber daya, penetapan tugas dan prosedur masih belum jelas. Pengurus komite PMKP sebagian besar masih belum memahami tugas, tanggung jawab, dan wewenang, bahkan belum memahami struktur organisasi dalam komite PMKP.

Pemahaman, kesadaran dan perilaku dalam meningkatkan keselamatan pasien masih kurang, sehingga budaya keselamatan pasien di RSUD Daerah Sumbawa belum tercipta. Sesuai dengan *Social Cognitive Theory* bahwa *environmental*, *personal*, dan *behavior* merupakan faktor dalam keselamatan pasien. Aspek kognitif, emo-

sional dan aspek perilaku akan mempengaruhi terciptanya budaya keselamatan pasien. Salah satu strategi intervensi terkait keselamatan pasien yang harus dilakukan misalnya melalui pelatihan keselamatan pasien (Bandura, 2001).

Penyelenggaraan *training* bagi manajer dan semua petugas/ staf sangat penting dalam meningkatkan pemahaman, sehingga kesadaran terkait peran masing-masing dapat dijalankan sesuai dengan standar keselamatan pasien.

Intervensi pelatihan bermanfaat dalam meningkatkan persepsi, sikap dan kesadaran petugas terkait budaya keselamatan, sehingga menurunkan jumlah kejadian yang merugikan dan meningkatkan keselamatan pasien (Xie *et al.*, 2017). Konferensi pelatihan memberikan manfaat bagi peserta pelatihan dalam menggunakan perspektif unik untuk mengidentifikasi kerentanan sistem, dan mengembangkan solusi inovatif (Smith *et al.*, 2017).

Lembaga harus aktif dalam memfasilitasi praktek transparansi terhadap kejadian yang merugikan pasien, sehingga kejadian yang merugikan dapat dilaporkan (Bell *et al.*, 2015). Selain itu, pengetahuan secara keorganisasian dapat dilakukan melalui pendekatan belajar dalam praktek dan praktek pemerintahan perlu diselaraskan pada organisasi secara menyeluruh. Strategi diperlukan dalam peran kepemimpinan dalam kaitan domain kualitas keselamatan pasien, interaksi antara pusat dengan daerah kepemimpinan yang mempengaruhi organisasi (Turner *et al.*, 2014).

Belum terciptanya budaya keselamatan pasien, menunjukkan bahwa sistem pengorganisasian masih kurang baik. Hal ini menjadi faktor penghambat dalam pelaksanaan manajemen keselamatan pasien dan beresiko meningkatkan insiden keselamatan pasien.

Salah satu cara untuk mendorong perspektif positif adalah para manajer menciptakan sistem dan lingkungan yang memungkinkan perawat untuk secara aktif memperbaiki organisasi mereka. Gaya manajemen yang menghargai peran perawat dalam keselamatan pasien dan mendorong tanggung jawab serta pengendalian keselamatan pasien oleh perawat tampaknya menimbulkan persepsi keselamatan pasien yang lebih positif (Mwachofi *et al.*, 2011).

Fungsi *actuating* merupakan rangkaian pelaksanaan program keselamatan pasien yang sudah ditetapkan. Peran dari pimpinan atau dalam hal ini komite PMKP terkait manajemen keselamatan pasien sangat dibutuhkan. Seorang pimpinan harus mempunyai kekuatan untuk mengarahkan, menggerakkan, mendukung serta mengatur semua kegiatan, sehingga seluruh civitas rumah sakit merasa termotivasi untuk melaksanakan program keselamatan pasien.

Kepemimpinan transformasional penting untuk meningkatkan keselamatan pasien dan meningkatkan kepuasan kerja perawat. Pemimpin atau manajer yang terlibat dalam tindakan kepemimpinan dapat meningkatkan pemberdayaan praktik profesional, sehingga dapat meningkatkan kualitas lingkungan kerja dan meningkatkan keselamatan pasien (Boamahet *al.*, 2017). Peran manager diharapkan dapat memperbaiki upaya keselamatan pasien dikarenakan manajer atau orang yang mempunyai pengaruh dapat berbuat lebih banyak untuk mendukung budaya keselamatan pasien (Danielsson *et al.*, 2017).

Fungsi pengawasan dan pengendalian (*controlling*) dilakukan untuk menilai sejauh mana program kerja yang sudah dilaksanakan sesuai dengan standar keselamatan pasien. Di RSUD Daerah Sumbawa

insiden keselamatan pasien sering terjadi, namun sistem pelaporan dan pendokumentasian IKP belum dilaksanakan. Hal ini menyebabkan tidak adanya data terkait jumlah dan jenis insiden. Tanpa adanya laporan dan dokumentasi, evaluasi tidak bisa dilakukan, sehingga tindak lanjut dari IKP dalam upaya peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien juga tidak ada.

General System Theory (GST) menyatakan bahwakonsep subsistem memiliki hubungan antar bagian sebagai hubungan sebab akibat. Pelaksanaan program keselamatan pasien merupakan suatu rangkaian sistem yang saling mempengaruhi satu sama lain. Bila pelaporan insiden tidak dilakukan secara tertulis, maka rumah sakit tidak akan memiliki data terkait jumlah insiden, sehingga monitoring dan evaluasi tidak akan bisa dilakukan. Hal ini akan berdampak pada kualitas pelayanan dan keselamatan pasien (Von Bertalanffy, 1956).

Budaya menyalahkan ketika terjadi IKP merupakan salah satu kendala yang sering terjadi di rumah sakit. Perasaan takut disalahkan dan takut akan hukuman dan sanksi menyebabkan pegawai/ petugas yang melakukan kesalahan tidak melaporkan diri.

Individu tidak harus disalahkan untuk suatu kesalahan akibat sistem dalam insiden. Menganalisis akar penyebab kesalahan dan ditangani bersama merupakan hal yang harus dilakukan, bukan menyalahkan individunya (Stewart, 2017). Menyalahkan dapat mempengaruhi kualitas penurunan pelaporan kesalahan. Pemimpin dapat mendidik staf cara untuk investigasi atau menyelidiki dan menanyai hasil negatif yang ditimbulkan bagi pasien dengan cara tidak menyalahkan, membudayakan perbaikan lingkungan kerja daripada memberikan hukuman untuk men-

cegah *Blame-Related Distress* (Davidson *et al.*, 2015).

Sistem adalah kunci untuk meningkatkan keselamatan pasien. Sistem yang mendorong input data, analisis data, dan umpan balik tanpa rasa takut akan hukuman dapat mendorong untuk pelaporan kesalahan yang lebih banyak dan membentuk proses yang menghilangkan konsekuensi atas kesalahan (Radhakrishna, 2015).

3. Outcome atau hasil pelaksanaan manajemen keselamatan pasien

Sistem monitoring dan evaluasi sangat penting untuk menilai sejauhmana keberhasilan dari program yang sudah dijalankan. Monitoring dan evaluasi ini harusnya dilakukan secara berkala untuk mengetahui kendala apa saja yang dijumpai pada saat proses berlangsung. RSUD Daerah Sumbawa belum melakukan monitoring dan evaluasi terkait peran komite PMKP dalam manajemen keselamatan pasien, sehingga keberhasilan dari pelaksanaan program keselamatan pasien belum dapat ketahu.

Attribution Theory dapat diaplikasikan dalam manajemen keselamatan pasien untuk menilai keberhasilan dan kegagalan dari sistem tersebut. Monitoring dan evaluasi terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien sangat penting untuk dilakukan. Bila hasil tidak sesuai dengan apa yang diharapkan, maka pihak manajemen dapat mengembangkan lingkungan kerja yang positif untuk menjamin keselamatan pasien (Weiner, 1935).

Selain itu, *fishbone diagram* yang dikemukakan oleh Ishikawa dapat diaplikasikan ketika ingin mengidentifikasi kemungkinan penyebab masalah keselamatan pasien. Faktor-faktor yang diidentifikasi mencakup faktor eksternal maupun faktor internal rumah sakit. Faktor internal yaitu faktor tim, tugas, staf, pasien, ling-

kungan kerja, komunikasi, dan organisasi dan manajemen. Faktor eksternal yaitu segala sesuatu yang berasal dari luar rumah sakit misalnya kebijakan pemerintah atau politik, hukum dan perundang-undangan, ekonomi dan sosial budaya (Tague, 2005).

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa komite PMKP dibentuk untuk mendukung akreditasi, dimana peran komite dalam manajemen keselamatan pasien merupakan kunci dalam pengelolaan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

Implementasi manajemen keselamatan pasien yang belum sesuai standar dapat meningkatkan kejadian IKP. Hal ini disebabkan karena manajemen keselamatan pasien merupakan rangkaian sistem yang saling mempengaruhi yang berdampak (*impact*) terhadap mutu pelayanan dan keselamatan pasien.

Monitoring dan evaluasi dilakukan untuk menilai keberhasilan dan kegagalan terhadap pelaksanaan program keselamatan pasien. Bila hasil tidak sesuai dengan harapan, maka pihak manajemen dapat mengembangkan lingkungan kerja yang positif untuk menjamin keselamatan pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti Y, Rachmawati IN (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Limón-Ramírez R, Amarilla A, Restrepo FR, Urroz O, Larizgoitia I (2011). Prevalence of adverse events in the hospitals of five Latin American countries: Results of the "Iberoamerican study of adverse events" (IBEAS). *BMJ Quality and Safety*, 20(12): 1043-1051. <https://doi.org/10.1136/bmjqs.2011.051284>.

- Bandura A (2001). Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1): 1–26. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>
- Bell SK, White AA, Yi JC, Yi-Frazier JP, Gallagher TH (2015). Transparency When Things Go Wrong: Physician Attitudes About Reporting Medical Errors to Patients, Peers, and Institutions. *Journal of Patient Safety*, 1–6. <https://doi.org/10.1097/PTS.000000000000153>
- Bishop AC, Macdonald M (2014). Patient Involvement in Patient Safety- A Qualitative Study of Nursing Staff and Patient Perceptions. *J Patient Saf*, 1–6.
- Boamah SA, Spence-Laschinger HK, Wong C, Clarke S (2017). Effect of transformational leadership on job satisfaction and patient safety outcomes. *Nursing Outlook*, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.10.004>.
- Braun V, Clarke V (2014). Successful Qualitative Research. <https://doi.org/10.9781847875815>
- Campione J, Famolaro T (2017). Promising Practices for Improving Hospital Patient Safety Culture. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, (62). <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2017.09.001>.
- Danielsson M, Nilsson P, Rutberg H, Årestedt K (2017). A National Study of Patient Safety Culture in Hospitals in Sweden, 1–6.
- Davidson JE, Agan DL, Chakedis S, Skrobik Y (2015). Workplace blame and related concepts: An analysis of three case studies. *Chest*, 148(2): 543–549. <https://doi.org/10.1378/chest.15-0332>.
- El-Jardali F, Dimassi H, Jamal D, Jaafar M, Hemadeh N (2011). Predictors and outcomes of patient safety culture in hospitals. *BMC Health Services Research*, 11(1): 45. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-45>
- JCI (2017). JCI Accreditation Standards for Hospitals, 6th Edition. Joint Commission International. Retrieved January 3, 2018, from <https://www.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-6th-edition/>.
- Kangasniemi M, Vaismoradi M, Jasper M (2013). Ethical issues in patient safety: Implications for nursing management, 20(8): 904–916.
- KARS (2017). Efektif 1 Januari 2018, 421.
- Keles A (2015). Analisis pelaksanaan standar sasaran keselamatan pasien di Unit Gawat Darurat RSUD Dr. Sam Ratulangi Tondano sesuai dengan akreditasi rumah sakit versi 2012. *Jikmu*, 5(3): 250–259.
- Kemenkes (2009). Standar Perlindungan Pasien Perlu Disosialisasikan ke Seluruh Rumah Sakit. Retrieved January 4, 2018, from <http://www.depkes.go.id/article/view/407/standar-perlindungan-pasien-perlu-disosialisasikan-ke-seluruh-rumah-sakit.-html>.
- Kemenkes (2015). Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien; Kemenkes 2015.pdf. Retrieved January 3, 2018, from <https://www.scribd.com/document/364248247/Pedoman-Pelaporan-Insiden-Keselamatan-Pasien-Kemenkes-2015-pdf>
- Lee A, Mills PD, Neily J, Hemphill RR (2014). Root Cause Analysis of Serious Adverse Events Among Older Patients in the Veterans Health Administration. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 40(6): 253–262. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(14\)40034-5](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(14)40034-5).
- Morello RT, Lowthian JA, Barker AL,

- McGinnes R, Dunt D, Brand C (2013). Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 22(1), 11–18. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000582>.
- Mwachofi A, Walston SL, Al-Omar BA (2011). Factors affecting nurses' perceptions of patient safety. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(4): 274–283. <https://doi.org/10.1108/09526861111125589>.
- Priyoto, Widyastuti T (2014). *Kebutuhan Dasar Keselamatan Pasien*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Radhakrishna S (2015). Culture of blame in the National Health Service; Consequences and solutions. *British Journal of Anaesthesia*, 115(5): 653–655. <https://doi.org/10.1093/bja/aev152>
- Smith A, Hatoun J, Moses J (2017). Increasing Trainee Reporting of Adverse Events With Monthly Trainee-Directed Review of Adverse Events. *Academic Pediatrics*, 17(8): 902–906. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.01.004>
- Smith SA, Yount N, Sorra J (2017). Exploring relationships between hospital patient safety culture and Consumer Reports safety scores. *BMC Health Services Research*, 17(1): 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2078-6>.
- Stewart KR (2017). SBAR, Communication, and Patient Safety: An Integrated Literature Review. *MEDSURG Nursing*, 26(5): 297–305.
- Sugiyono (2015). *Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kualitatif, Kuantitatif, dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Tague NR (2005). Fishbone Diagram (Ishikawa) - Cause & Effect Diagram. The Quality Toolbox. Retrieved from <http://asq.org/learn-about-quality/-cause-analysis-tools/overview/fishbone.html>.
- Turner S, Higginson J, Osborne CA, Thomas RE, Ramsay AIG, Fulop NJ (2014). Codifying knowledge to improve patient safety: A qualitative study of practice-based interventions. *Social Science and Medicine*, 113: 169–176. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.05.031>.
- Von-Bertalanffy L (1956). *General System Theory*. General Systems: Yearbook for the Society for the Advancement of General Systems Theory.
- Weiner (1935). *Attribution Theory (Weiner) - Learning Theories*. Retrieved January 3, 2018, from <https://www.learning-theories.com/weiners-attribution-theory.html>.
- Xie J, fei, Ding, S. qing, Zhong, Z. qing, Zeng, S. nan, Qin, C. xiang, Yi, Q. feng, Zhou J (2017). A safety culture training program enhanced the perceptions of patient safety culture of nurse managers. *Nurse Education in Practice*, 27: 128–133. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.08.003>.
- Zwijnenberg NC, Hendriks M, Hooger-vorst-Schilp J, Wagner C (2016). Healthcare professionals' views on feedback of a patient safety culture assessment. *BMC Health Services Research*, 16(1): 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1404-8>.