

NO BLAMING CULTURE V.S KONSEKUENSI
APAKAH MASIH RELEVAN
DI ERA TUNTUTAN MASYARAKAT YANG DEMIKIAN TINGGI?



KATEGORI:
Leadership dan Management

RSUP PROF. DR. I G.N.G. NGOERAH
2023

NO BLAMING CULTURE V. S KONSEKUENSI
APAKAH MASIH RELEVAN
DI ERA TUNTUTAN MASYARAKAT YANG DEMIKIAN TINGGI?

Kategori: Leadership dan Management

1. Ringkasan

Inovasi ini dilakukan untuk meningkatkan kemampuan leadership dalam **keberanian** menyusun rekomendasi yang spesifik pada pemberian konsekuensi dari hasil RCA yang mengarah pada sentinel atau KTD yang berulang dan **pengambilan keputusan** untuk melaksanakan rekomendasi tersebut.

Dari data tindak lanjut insiden, ditunjukkan bahwa pada 3 buah insiden yang terjadi pada tahun 2023, usulan rekomendasi tidak hanya berfokus pada perbaikan sistem namun sudah spesifik pada pemberian konsekuensi pada PPA yang terlibat pada *human error*. Aspek leadership yang telah dilaksanakan adalah keberanian untuk mengusulkan rekomendasi secara spesifik pada pelaku *error* dan pengambilan keputusan untuk melaksanakan rekomendasi serta konsekuensinya.

2. Latar Belakang

No blame culture merupakan suatu budaya yang dikembangkan untuk tidak menyalahkan siapapun pada saat ditemukannya insiden keselamatan pasien di rumah sakit. Budaya ini dikembangkan untuk meyakinkan bahwa tidak adanya upaya menyalahkan saat melaporkan adanya insiden, sehingga tidak ditemukan lagi kejadian yang sama berulang. Namun bila setiap terjadi insiden KTD, setelah dilakukan RCA dengan akar masalah yang salah satunya disebabkan oleh *human error* yaitu kesalahan oleh staf yang seharusnya sudah memahami regulasi dan sistem yang berlaku namun tidak secara konsisten mematuhi sistem serta regulasi yang ada. Seringkali ‘sistem yang belum diterapkan dengan baik’ yang menjadi kambing hitam dari akar masalahnya. Hal ini terjadi karena perhatian pada konsep *no blaming culture* yang pada akhirnya pemberian sanksi dikategorikan sebagai

tindakan yang bertentangan dengan konsep tersebut. Apakah pemberian sanksi pada hasil RCA berarti menerapkan budaya menyalahkan (*blaming culture*)?

Pemberian konsekuensi/ sanksi pada penyebab munculnya permasalahan tidak semata-mata pada sanksi/ hukuman dengan kategori berat, namun dapat disesuaikan atau disusun oleh rumah sakit. Permasalahan yang dihadapi adalah untuk memberikan konsekuensi kepada para profesional yang telah melakukan *human error*. Tantangan dalam pemberian sanksi ini adalah rasa *ewuh pakewuh* kepada DPJP dan PPA lain, juga keterkaitan pada upaya integrasi proses pendidikan dan pelayanan yang cenderung membutuhkan hubungan baik pada kedua institusi. Apakah memberikan konsekuensi dari hasil RCA kepada staf yang memiliki peran dalam terjadinya insiden merupakan *Blaming*???? Adanya kemungkinan tuntutan masyarakat yang mengarah kepada hukum pidana maupun perdata yang menuntut adanya perbaikan sistem dan kepatuhan pada regulasi yang sudah ditetapkan?? Upaya untuk meningkatkan keberanian dalam menyusun rekomendasi yang spesifik pada akar masalah dari hasil pertemuan RCA yang melibatkan *human error* dan pengambilan keputusan untuk melaksanakan rekomendasi tersebut merupakan bentuk inovasi yang dilaksanakan guna mencegah adanya tuntutan masyarakat akan *error* pada pelayanan yang terjadi pada pasien/ keluarganya saat dirawat di rumah sakit.

3. Tujuan

Sebagai upaya pencegahan terjadinya insiden keselamatan pasien telah dilakukan pelatihan wajib keselamatan pasien setiap tahun, dan sosialisasi SPO dilakukan berulang bila ditemukan insiden yang terjadi secara berturut-turut. Adanya edukasi kepada seluruh staf dan penyediaan sistem pelaporan bila terjadi insiden keselamatan pasien ternyata belum menjadi daya ungkit yang guna perubahan perilaku safety yang berdampak pada pasien di rumah sakit.

Kegiatan ini bertujuan untuk peningkatan *leadership* pada perumusan hasil RCA dengan pengusulan rekomendasi dan pemberian konsekuensi kepada pihak yang

terlibat dalam terjadinya *human error* selain pada *system error*. Dimana *system error* seringkali dijadikan sebagai kambing hitam untuk mencegah pemberian konsekuensi/sanksi kepada PPA yang terlibat. Untuk mencegah akar masalah hanya terfokus pada *system error* maka dibuatkan inovasi ini pada perumusan hasil RCA dan penekanan pada rumusan rekomendasi yang membedakan pada penyebab *error* pada human dan pada system.

Kegiatan inovasi ini dilakukan untuk memfokuskan hasil RCA pada pertanggungjawaban *human error*, *risk behaviour* (perilaku beresiko mengambil langkah tanpa konsultasi) dan *reckless behaviour* (perilaku sembrono yang secara sengaja mengabaikan risiko yang substantial, baik oleh individu maupun secara sistem. Rumah sakit harus meminta pertanggungjawaban pada perilaku yang tidak diinginkan (perilaku sembrono), dan tidak mentoleransinya (Starkes, 2022).

Hasil yang diharapkan adalah tim mutu rumah sakit merumuskan hasil RCA secara objective, bila insiden disebabkan oleh *human error*, *risk behaviour* maupun *reckless behaviour* maka rekomendasi pada PPA akan menjurus langsung kepada pelaku *error*, selain bila adanya *system error*. Proses leadership yang difokuskan adalah pada keberanian memutuskan rumusan usulan rekomendasi pada *human error*, mengevaluasi pengambilan keputusan dari para pimpinan rumah sakit untuk melaksanakan rekomendasi dari direktur utama dan mengusulkan/ memberikan konsekuensi pada pelaku *human error* yang dimaksud, sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan memegang ketentuan untuk diperlakukan secara adil sesuai dengan konsep budaya keselamatan yang diterapkan di rumah sakit.

4. Langkah – langkah

- a. Menarik data dari SIMARS untuk mendapatkan data insiden KTD, bila membutuhkan tahapan RCA, lanjut dilakukan investigasi comprehensive, dilaksanakannya pertemuan membahas akar penyebab masalah (RCA), dilanjutkan dengan rapat klarifikasi hasil RCA dengan mengundang tim RCA, PPA yang terlibat dalam KTD, pimpinan-pimpinan yang membawahi unit

kerja dimana KTD terjadi, para *experts* yang dapat memberikan masukan dalam penguatan langkah-langkah yang telah dilakukan. Pimpinan rapat dalam pertemuan klarifikasi ini adalah direktur yang membawahi Komite Mutu Rumah Sakit.

- b. Menyusun notulen rapat hasil pembahasan RCA yang melingkupi kronologis kejadian, hasil investigasi, skema akar masalah, hasil klarifikasi RCA dan usulan rekomendasi yang fokus pada upaya perbaikan mutu secara spesifik sehingga dapat dilaksanakan oleh para direktur terkait, ketua komite, koordinator, dan kepala instalasi
- c. Melaporkan hasil rapat klarifikasi analisis RCA kepada pimpinan rumah sakit untuk dapat melanjutkan usulan rekomendasi dari KMRS kepada para direktur terkait, ketua komite, koordinator, dan kepala instalasi
- d. Monitoring dan evaluasi pelaksanaan rekomendasi dari pimpinan rumah sakit kepada direktur, komite, koordinator maupun instalasi terkait sesuai dengan keputusan pimpinan rumah sakit.
- e. Mengirimkan surat pemberitahuan melalui sistem IT untuk mengirimkan bukti pelaksanaan rekomendasi kepada para penerima disposisi pimpinan rumah sakit.
- f. Monitoring dan evaluasi untuk mengidentifikasi efektifitas pelaksanaan konsekuensi.

5. Hasil

Hasil yang didapatkan adalah adanya perbedaan usulan rekomendasi menitik beratkan pada upaya peningkatan mutu dan keselamatan pasien, usulan rekomendasi mengarahkan langsung untuk pertanggungjawaban pada *human error*, *risk reckless behaviour* yang secara sengaja mengabaikan risiko substantial. Dibawah dapat dilihat adanya perubahan pada usulan rekomendasi dan pemberian konsekuensi.

Sebelum Inovasi

- 1) Insiden infeksi Saluran Kemih oleh PPDS

- a. Rekomendasi: koordinasi supervisi PPDS, menyusun SPO, koordinasi bundle ISK
 - b. Hasil rekomendasi: enyusunan SPO sudah dilaksanakan
 - c. Konsekuensi: -
- 2) Insiden IADP (Doubel Lumen) oleh PPDS
- a. Rekomendasi: koordinasi untuk: reedukasi perawat dialysis, penyusunan leaflet, penyusunan SPO
 - b. Hasil rekomendasi: koordinasi sudah dilaksanakan
 - c. Konsekuensi: -
- 3) Insiden tranfusi darah oleh perawat
- a. Rekomendasi: koordinasi pengajuan tambahan tenaga perawat, pelatihan perawat, reduksi SPO, evaluasi penggunaan reagen
 - b. Hasil rekomendasi: koordinasi sudah dilaksanakan
 - c. Konsekuensi: -

Setelah Inovasi

- 1) Insiden operasi seksio oleh PPDS
- a. Rekomendasi: Audit medik DPJP oleh Komite Medik, evaluasi kompetensi PPDS oleh Koordinator Prodi, review jadwal jaga PPDS
 - b. Hasil rekomendasi dan konsekuensi: proses pemberian konsekuensi, catatan morbiditas pada PPDS, perubahan jadwal jaga PPDS
- 2) Insiden operasi mata oleh DPJP
- a. Rekomendasi: Audit medik DPJP oleh Komite Medik, audit keperawatan pada 3 orang perawat OK, evaluasi pada identifikasi implant
 - b. Hasil rekomendasi dan konsekuensi: audit medis dan rekredensial pada DPJP, audit keperawatan dan pemberian teguran lisan, pelabelan identifikasi implant sudah dilaksanakan
- 3) Insiden pasien jatuh
- a. Rekomendasi: audit keperawatan
 - b. Hasil rekomendasi dan konsekuensi: teguran lisan

Setelah pelaksanaan inovasi, usulan rekomendasi tidak hanya berfokus pada perbaikan sistem namun mengarah pada pemberian konsekuensi. Aspek leadership yang telah dilaksanakan adalah **keberanian** mengusulkan rekomendasi secara spesifik pada pelaku *error* dan **pengambilan keputusan** oleh para pimpinan untuk memberikan konsekuensinya sehingga diharapkan akan memberikan efek jera pada PPA. Hal ini sudah pasti akan dapat mencegah adanya tuntutan masyarakat pada kerugian yang berdampak pada mereka.

6. Lampiran

1. Surat pengesahan Direktur Utama
2. Foto rapat RCA
3. Gambar pencarian akar masalah
4. Daftar hadir rapat RCA



LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL DOKUMEN:
***NO BLAMING CULTURE* V.S KONSEKUENSI**
APAKAH MASIH RELEVAN
DI ERA TUNTUTAN MASYARAKAT YANG DEMIKIAN TINGGI?

Disetujui,

Direktur Layanan Operasional

Dr. I Gusti Lanang Suartana Putra, MM, MARS
NIP. 196401281990031002

Penanggung jawab,

Dr. Komang Ayu Mustriwati, S.Kp. MPH
NIP. 196710261992032001

Diketahui,

Direktur Utama,



dr. I Wayan Sudana, M.Kes.
NIP. 196504091995091001

Lampiran Foto Rapat RCA



