

KUMPULAN KASUS-KASUS :

MANAJEMEN RUMAH SAKIT DI INDONESIA



- Kasus-kasus Rumah sakit di bidang keuangan, SDM, patient safety strategik, dll
- Berdasarkan kondisi nyata yang terjadi di berbagai rumah sakit di indonesia

Editor: Arlina Dewi

KUMPULAN KASUS-KASUS: MANAJEMEN RUMAH SAKIT DI INDONESIA

Hak Cipta dilindungi undang-undang

All rights reserved

Cetakan pertama, 2015

Editor : Arlina Dewi
Penulis : Firman Pribadi
Arlina Dewi
Susanto
Qurratul Aini
Elsye Maria Rosa
Merita Arini
Aris Suparman

Diterbitkan oleh:

LP3M UMY

Ringroad Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta, Indonesia 55183

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2002 tentang Hak cipta

Pasal 2

1. Hak cipta merupakan hak eksklusif bagi pencipta atau pemegang untuk mengumumkan dan memperbanyak ciptaannya, yang timbul secara otomatis setelah suatu ciptaan di lahirkan tanpa mengurangi pembatasan menurut undang undang yang berlaku.

Ketentuan Pidana

Pasal 72

1. Barang siapa dengan sengaja atau tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1), atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan /atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun Dan/atau dendapaling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima miliar lainnya).
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak Terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 tahun dan/atau denda Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

KATA PENGANTAR

Buku Kumpulan Kasus-kasus Manajemen Rumah Sakit ini ditujukan kepada para peminat yang memiliki perhatian terhadap pembelajaran manajemen rumah sakit. Revisi kurikulum pembelajaran di perguruan tinggi dari Kurikulum Berbasis Kompetensi (KBK) menjadi Kurikulum Perguruan Tinggi (KPT) memerlukan model pembelajaran berbasis kasus untuk memenuhi capaian pembelajaran yang ditetapkan di dalam kurikulum.

Saat ini belum banyak kasus-kasus manajemen rumah sakit yang ditulis dan dibukukan untuk bahan pembelajaran. Banyaknya kesulitan yang dihadapi para dosen di bidang manajemen rumah sakit dalam melakukan capaian pembelajaran, mendorong Penulis untuk membukukan kasus-kasus manajemen, baik riil maupun imaginative, yang telah ditulis oleh beberapa dosen manajemen rumah sakit Universitas Muhammadiyah Yogyakarta maupun para praktisi rumah sakit. Bagi para praktisi manajemen rumah sakit sendiri, saat ini harus menghadapi Akreditasi RS versi 2012 yang mengharuskan jajaran karyawan di RS untuk bisa melakukan analisis masalah yang dihadapi baik yang berhubungan dengan keselamatan pasien maupun manajemen.

Buku ini berisi serangkaian bab yang dimulai dengan bahasan tentang berbagai model pembelajaran dengan menggunakan kasus, kemudian dilanjutkan dengan kasus-kasus yang dikelompokkan sesuai bidang. Jawaban atau penyelesaian kasus ini memang disengaja tidak diberikan di dalam buku ini, hal ini dalam upaya untuk mendorong para pengguna buku ini untuk dapat memanfaatkan pembelajaran secara student centered learning.

Kritik dan saran diharapkan dalam rangka perbaikan pada buku berikutnya. Semoga buku kecil ini dapat bermanfaat bagi yang memerlukannya.

Yogyakarta, 19 Mei 2015

DAFTAR ISI

Kata pengantar	iii
Daftar isi	iv
Bab I Berbagai metode pembelajaran menggunakan kasus	1
Bab II Kasus-kasus Bidang Pemasaran Rumah Sakit	7
Bab III Kasus-kasus Bidang Mutu Rumah Sakit	29
Bab IV Kasus-kasus Organisasi dan Sumber Daya Manusia	45
Bab V Kasus-kasus Patient Safety	63
Bab VI Kasus-kasus Bidang Keuangan Rumah Sakit	93
Bab VII Kasus-kasus Bidang Manajemen Strategik	113

KUMPULAN KASUS-KASUS : MANAJEMEN RUMAH SAKIT DI INDONESIA



Buku kumpulan kasus-kasus manajemen sakit di Indonesia ini sangat bermanfaat bagi tenaga pengajar di bidang manajemen maupun kesehatan untuk bahan diskusi dengan mahasiswa disamping sebagai buku bahan ajar, buku ini dapat digunakan oleh praktisi rumah sakit untuk bahan pembelajaran kasus-kasus manajemen rumah sakit.



LEMBAGA PENELITIAN, PUBLIKASI,
DAN PENGABDIAN MASYARAKAT (LP3M)
UNIVERSITAS MUHAMADIYAH YOGYAKARTA

Gedung D2, Kampus Terpadu UMY
Ringroad Tamantirto, Kasihan, Bantul,
Yogyakarta, Indonesia 55183
Tel. +62 274.387656 ext. 166
Fax. +62 274.387646
www.umy.ac.id

ISBN 978-602-7577-50-3



KASUS-KASUS PATIENT SAFETY

Dr. dr. Arlina Dewi, M.Kes

Kode	: 005-1/PS
Kemampuan akhir yang diharapkan	: <u>HARDSKILL</u> Melakukan validasi akademik atau kajian sesuai bidang keahliannya dalam menyelesaikan masalah di masyarakat atau industri yang relevan melalui pengembangan pengetahuan dan keahliannya. <u>SOFTSKILL</u> 1. Bertaqwa kepada Tuhan YME dan mampu menunjukkan sikap religious 2. Bekerja sama dan memiliki kepekaan sosial serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan
Bahan Kajian	: Manajemen Risiko
Topik	: <i>Risk Grading Matrix</i> Investigasi sederhana <i>Root cause analysis</i>

KASUS PATIENT SAFETY 5A

SALAH OBAT

1 Des 2012 jam 11.00

Pasien Tn Hardi masuk ke RumahSakit untuk rawat inap di Bangsal Anggrek dengan diagnose TB Paru. Keadaan umum baik

3 Des 2012 jam 15.00

Salah seorang perawat shif sore menyerahkan 2 resep Dr SpPD yang merawat, untuk 2 pasien yang berbeda yang namanya mirip, ke Bag Farmasi. Tertera nama pasien, no. RM dan nama Dokter, tetapi tidak ditempelin label barcode di resep obat, karena stock label di bangsal habis. 1 hari sebelumnya Ka. Bangsal sudah amprah ke bag RT, tetapi barang di gudang RT sudah habis, karena terlambat order ke percetakan

Jam 16.30

Petugas farmasi menyiapkan dispensing obat. Petugas mencocokkan resep dengan obat, tetapi petugas tidak mencocokkan antara identitas di resep dengan identitas di label kemasan obat

Jam 17.00

Petugas farmasi mengirim obat ke bangsal melalui pnemoni tube (ket: tabung pengirim otomatis dari farmasi ke bangsal). Salah seorang perawat jaga menerima obat dan memasukkan ke loker pasien untuk diberikan pada jam shift malam.

4 Des 2012, jam 06.30

Perawat jaga shift malam membagikan obat ke pasien, dengan melihat nama yang tercantum di kemasan obat tanpa mencocokkan ke buku obat. Perawat jaga mengkonfirmasi ke bagian farmasi terkait dengan obat pasien Tn Hadi yang belum datang. Petugas farmasi dan perawat jaga baru menyadari bahwa obat yang diberikan ternyata salah pasien. Petugas farmasi mempersepsikan bahwa 2 resep itu untuk 1 pasien karena nama pasien yang hampir mirip

Jam 06.15

Pasien Tn Hardi menerima dan meminum obat yang diberikan untuknya. Pasien menerima obat yang memang untuk kasusnya, tetapi juga menerima 2 obat Pasien Tn Hadi (obat hipertensi) Perawat segera melaporkan ke dokter yang merawat, dan mendapat instruksi untuk melakukan observasi setiap 1 jam sekali. Pasien mengeluh mengantuk, tetapi tidak menimbulkan cedera lain. Meskipun tidak ada cedera, tetapi pasien mengalami perpanjangan hari rawat 2 hari. Kejadian salah obat seperti ini pernah terjadi 3 bulan yang lalu

Diskusi :

1. Tetapkan dampak kasus diatas dengan melakukan analisis grading matrik !
2. Lakukan langkah-langkah analisis penyebab masalah (*Root Cause Analyss*)

KASUS PATIENT SAFETY 5B

KETIKA SOFTWARE MENJADI PEMBUNUH: PERISTIWA YANG TERJADI DI PANAMA'S NATIONAL CANCER INSTITUTE

Sumber: Deborah Gage and John McCormick, "We Did Nothing Wrong", *Baseline Magazine*, March 2004; and "FDA Seeks Injunction against Multidata Systems Intl.," *FDA News*, May 7, 2003.

Victor Garcia
di National Canc
yang berlebihan
tersebut, 21 pasie
(IAEA) percaya b
radiasi.

Tiga ahli med
untuk pasien-pasi
hukum Panama, n
perubahan penggu
pada pasien-pasie

Sebelum mer
yang menentukan
kanker. Rencana
yang dikenal den
yang tidak terken
informasi menger
yang digunakan u
membuat dan mer
didistribusikan da

Ahli medis Pa
panggul dengan m
pasien kanker. N
International, St. I
empat blok atau ku

Olivia Saldana
tersebut agar dapat
tersebut sebagai se
sistem tersebut da
terjadi kesalahan p
sampai 50% kelebr

Multidata bers
Multidata menyata
hasil dari perhitun
memeriksa secara
penggunaan dosis o
menemukan kelebr

as mencocokkan resep dengan
resep dengan identitas di label

pneumoni tube (ket: tabung
perawat jaga menerima obat
m shift malam.

n, dengan melihat nama yang
Perawat jaga mengkonfirmasi
yang belum datang. Petugas
yang diberikan ternyata salah
untuk 1 pasien karena nama

g diberikan untuknya. Pasien
ga menerima 2 obat Pasien
e dokter yang merawat, dan
jam sekali. Pasien mengeluh
ipun tidak ada cedera, tetapi
gajian salah obat seperti ini

alisis grading matrik !
(Root Cause Analyss)

EMBUNUH:
MA'S NATIONAL

Nothing Wrong", Baseline
Multidata Systems Intl.,"

Victor Garcia merasa beruntung masih tetap hidup. Dia adalah satu dari 28 pasien di National Cancer Institute of Panama yang mendapatkan terapi radiasi sinar gamma yang berlebihan untuk penyakit kanker pada bulan November 2000. Setelah terapi tersebut, 21 pasien lainnya meninggal, dan The International Atomic Energy Agency (IAEA) percaya bahwa sedikitnya 5 dari kematian tersebut disebabkan oleh keracunan radiasi.

Tiga ahli medis Panama yang menggunakan *software* untuk menghitung dosis radiasi untuk pasien-pasien tersebut dituntut dengan pembunuhan tingkat kedua. Di bawah hukum Panama, mereka mungkin bertanggung jawab karena mereka memperkenalkan perubahan penggunaan *software* yang mengarahkan mesin terapi radiasi yang digunakan pada pasien-pasien tersebut. Kenapa tragedi ini bisa terjadi?

Sebelum memberikan terapi radiasi, para ahli medis ini merancang rencana terapi yang menentukan berapa banyak dosis radiasi yang aman untuk target suatu tumor kanker. Rencana tersebut juga menentukan dimana *metal shields* (pelindung logam) yang dikenal dengan istilah "*block*" harus diletakkan untuk melindungi area tubuh yang tidak terkena kanker. Dengan rencana ini, salah satu ahli medis melakukan input informasi mengenai ukuran, bentuk, dan lokasi dari blok tersebut ke dalam *software* yang digunakan untuk mengarahkan mesin radiasi. *Software* tersebut kemudian akan membuat dan menampilkan gambar tiga dimensi tentang bagaimana dosis radiasi akan didistribusikan dan menghitung berapa lama terapi radiasi tersebut harus dilakukan.

Ahli medis Panama mengikuti instruksi dokter untuk lebih protektif terhadap organ panggul dengan menambahkan blok kelima dari empat blok yang biasa digunakan pada pasien kanker. Namun, mesin *software* radiasi, yang dibuat oleh Multidata Systems International, St. Louis, Missouri, didesain hanya untuk terapi yang ditetapkan dengan empat blok atau kurang.

Olivia Saldana, salah satu dari ahli medis Panama mencoba untuk membuat *software* tersebut agar dapat bekerja untuk blok kelima. Dia memasukkan dimensi dari kelima blok tersebut sebagai sebuah bentuk rangkaian tunggal (gabungan). Walaupun kelihatannya sistem tersebut dapat bekerja dengan bentuk rangkaian tunggal ini, namun ternyata terjadi kesalahan perhitungan (*miscalculated*) dosis yang tepat. Pasien menerima 20% sampai 50% kelebihan radiasi daripada yang seharusnya mereka terima.

Multidata bersikeras bahwa mereka tidak melakukan kesalahan. Manual *software* Multidata menyatakan bahwa "*the responsibility of the user*" untuk memverifikasi hasil dari perhitungan *software*. Jika rumah sakit memverifikasi dosis radiasi dengan memeriksa secara manual perhitungan *software* tersebut atau dengan menguji penggunaan dosis dalam air sebelum terapi radiasi pada pasien, staf tidak akan mungkin menemukan kelebihan dosis sebelum diberikan.

Sayangnya, ahli medis National Cancer Institute tidak selalu memverifikasi secara manual hasil perhitungan *software*. Tiga ahli radiasi telah bekerja lembur untuk melakukan terapi pada lebih dari 100 pasien setiap harinya karena rumah sakit kekurangan staf. IAEA menemukan bahwa rumah sakit hanya menguji fungsi dari *hardware* saja. Tidak ada program jaminan kualitas untuk *software* maupun hasilnya. Konsekuensinya, ahli medis tidak harus mengatakan pada siapapun bahwa mereka telah mengubah cara mereka memasukkan data ke dalam sistem dan tidak ada seorangpun yang menanyakan tentang hasil *software*.

Pada tahun 1997, staf rumah sakit sangat khawatir dengan overdosis radiasi yang dilaporkan oleh *Panamanian Ministry of Health* (Menteri Kesehatan Panama) bahwa "*overexposure of radiation therapy patient due to human error*" akan menjadi sebuah risiko kecuali kondisi di rumah sakit ditingkatkan.

Ahli independen yang tidak ada hubungannya dengan kasus ini menegaskan bahwa *software* yang mengontrol perlengkapan medis atau media penting lainnya yang terkait dengan kehidupan manusia, harus didesain untuk "*pause*" atau "*shutdown*" jika melakukan tugas yang tidak terprogram. Ketika IAEA menginvestigasi insiden The National Cancer Institute pada bulan Mei 2001, mereka menemukan cara lain untuk membuktikan bahwa *software* melakukan kesalahan perhitungan waktu terapi. Setiap kali investigator memperlakukan satu, dua, atau empat blok dengan bentuk yang berbeda, sebagai blok tunggal, *software* akan mengalami kesalahan perhitungan waktu terapi.

Tim investigasi IAEA dan sebuah tim dari M. D. Anderson Cancer Center di Houston menemukan bahwa manual Multidata tidak menjelaskan dengan tepat bagaimana mengkoordinasikan secara digital dari blok-blok pelindung tersebut. Laporan juga mencatat bahwa manual tersebut tidak memberikan peringatan tertentu terhadap perlakuan entri data yang berbeda dari prosedur standar yang telah dijelaskan.

Penguji dari the U.S. Food and Drug Administration (FDA), yang melakukan inspeksi terhadap Multidata pada bulan Mei 2001, menemukan bahwa Multidata telah menerima paling sedikit 6 komplain tentang kesalahan perhitungan yang berhubungan dengan ketidakmampuan *software* untuk menangani tipe blok tertentu dengan benar. Penguji telah melaporkan bahwa Multidata telah menyadari akan kesalahan sejak September 1992, tetapi tidak mengambil tindakan perbaikan apapun. Pada tahun 2003, Multidata menandatangani persetujuan dengan FDA bahwa dia tidak akan membuat atau menjual *software* untuk media terapi radiasi di Amerika Serikat, walaupun boleh menjual ke luar negeri.

Diskusi :

1. Siapa yang bertanggung jawab terhadap *malfunction* dari sistem tersebut?
2. Bagaimanakah solusi yang tepat untuk masalah ini?

Kode

Kemampuan ak
diharapkan

Bahan Kajian

Topik

Sumber

KASUS PATIEN

Januari 2001 jam

Dr. Ellington
diberikan kepada
Patrick O'Reilly,
sebagai karyawan
berumur 10 tahun
dilantai ruang ope
kepada O'Reilly r
menerima dosis r
infuse elektronik
saat dia masih bel
bantuan dari perav
pompa tersebut. S
dalam mempergu
kebanyakan tidak
Untuk memprogra
tingkat infuse yan
pada label obat; n
label. Dia juga n

Kode	: 005-2/PS
Kemampuan akhir yang diharapkan	: <u>HARDSKILL</u> Melakukan validasi akademik atau kajian sesuai bidang keahliannya dalam menyelesaikan masalah di masyarakat atau industri yang relevan melalui pengembangan pengetahuan dan keahliannya. <u>SOFTSKILL</u> 1. Bertaqwa kepada Tuhan YME dan mampu menunjukkan sikap religious 2. Bekerja sama dan memiliki kepekaan sosial serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan
Bahan Kajian	: Manajemen Risiko
Topik	: <i>Patient Safety Culture</i>
Sumber	: <i>Harvard Business School</i> Disadur oleh Tim MMR – UMY (Desember 2010)

KASUS PATIENT SAFETY 5C

CHILDREN'S HOSPITAL & CLINICS

Januari 2001 jam 15.00

Dr. Ellington menulis resep untuk memberikan 0.8 mg/jam morfin, perintah ini diberikan kepada perawat Ginny Swenson yang perintah tersebut diteruskan kepada Patrick O'Reilly, seorang lulusan baru dari sekolah perawat yang baru saja diangkat sebagai karyawan baru Swenson baru saja mendorong bed dimana Matthew pasien berumur 10 tahun baru saja keluar dari kamar ICU untuk dipindahkan ke kamar rawat dilantai ruang operasi. Dia menjelaskan tentang kondisi Matthew dan menginstruksikan kepada O'Reilly untuk memprogram pompa infuse elektronik dan anak tersebut akan menerima dosis morfin sesuai dengan resep. O'Reilly belum terbiasa dengan pompa infuse elektronik tersebut, dia baru satu kali mengoperasikan alat tersebut yaitu pada saat dia masih belajar pada sekolah perawat. Menyadari hal tersebut O'Reilly mencari bantuan dari perawat Mally Chen, yang bersedia untuk membantunya mengoperasikan pompa tersebut. Sayang tidak seorangpun dari perawat pada lantai tersebut terampil dalam mempergunakan pompa tersebut, dikarenakan para pasien pada unit tersebut kebanyakan tidak memerlukan infus untuk mengurangi rasa sakit secara terus-menerus. Untuk memprogram pompa tersebut, Chen perlu memasukkan konsentrasi morfin dan tingkat infuse yang tepat. Para perawat tidak melihat suatu konsentrasi yang tertera pada label obat; namun Chen mengkalkulasi konsentrasi. Periksa lampiran 1 copy dari label. Dia juga memasukkan tingkat infuse pada 0.8 mg per jam, yaitu seperti yang

diinstruksikan oleh perawat Swenson. Mengikuti prosedur RS yang mensyaratkan orang kedua untuk melakukan pengecekan kedua pengobatan melalui intravenous O'Reilly memeriksa suhu dari Chen dan penyetelan program pada alat tersebut. Kemudian Chen kembali kepada pasiennya yang lain, dan O'Reilly membantu Matthew menempati ruang rawatnya yang baru.

Setelah beberapa menit, O'Reilly menatap kewajah Matthew dan menyadari bahwa sesuatu yang salah telah terjadi. Wajah Matthew berubah kebiruan, dan nafasnya tersegal-segal. O'Reilly panic. Apakah dia telah memberikan morfin melebihi dosis kepada Matthew? Dia dengan cepat menghentikan infuse. Mulai memberikan alat bantuan pernafasan dan meminta seseorang untuk memanggil Dr. Ellington. Dalam waktu beberapa menit Dr. Ellington datang diruang itu dan mengkonfirmasi bahwa Matthew telah meminum beberapa kali lebih besar dari dosis morfin yang seharusnya. Memahami bahwa dosis tersebut dapat mengakibatkan kematian. Dr. Ellington segera memberikan obat untuk menghilangkan pengaruh morfin tersebut. Untung dalam beberapa detik setelah pemberian obat tersebut pernafasan Matthew kembali normal dan dia menjadi baik kembali. Namun kecelakaan tersebut masih menyebabkan O'Reilly terperangah. Bagaimana hal tersebut bisa terjadi? Apakah dia harus bertanggung jawab dengan insiden yang hamper merenggut nyawa tersebut?

6 Januari 2001 jam 16.00

Dr Chris Robinson, Asisten Direktur Medis

Menutup pintu ruang rapat dan menatap pada 9 orang yang akan diwawancara secara berurutan atas terjadinya over dosis pada pasien Matthew. Mereka yang hadir diruang tersebut adalah yang terlibat langsung dalam memberikan perawatan kepada sang pasien, petugas farmasi yang menyiapkan morfin, beberapa supervisor, dan dua perawat. Kelompok tersebut memerlukan waktu beberapa jam untuk membahas analisis kejadian – suatu prosedur pemecahan masalah testruktur yang dipergunakan untuk mengidentifikasi sebab-sebab dari insiden medical – dan untuk menentukan bagaimana RS dapat mencegah insiden semacam itu diwaktu-waktu yang akan datang. Periksa lampiran 2 untuk dasar dari istilah-istilah keselamatan medikal.

Robinson memulai pertemuan tersebut dengan membagikan suatu handout yang memuat garis besar prosedur yang akan digunakan untuk melakukan analisis kejadian terfokus.

Selanjutnya dia menjelaskan :

1. Untuk memahami apa yang telah terjadi;
2. Untuk mengidentifikasikan peluang-peluang untuk melakukan perbaikan;
3. Untuk membantu para pemberi pelayanan; dan
4. Keluarga yang terlibat.

Hari ini kita a
kejadian kemarin. K

1. Ini adalah ling
mencari kamb
operasional kit
diskusi terbuka
2. Proses ini bers
para pemberi p
3. Kita minta agar
prosedur kita. C
mengidentifika
anak anda send

Dalam diskusi
mengidenifikasi, me
overdosis morfin te
untuk mengemukak
melihat perspektif
dengan cermat pad
dokter tidak mendo
mendokumentasika

Adakah yang
diagram proses unt

7 Januari 2001 jam

Julie Morath,
temuan dari anais
masuk Dr. Robinsio
pembelajaran kejad
membahas 3 issue

1. Mereka mend
perubahan yang
mendatang.
2. Mereka juga m
Matthew.
3. Mereka berku

Pada diskusi te
besar dan mereka
keputusan. Keluag
jawab dengan insid

Hari ini kita akan fokus terutama pada mendokumentasikan proses arus dari kejadian kemarin. Kita memiliki 3 aturan dasar untuk diskusi

1. Ini adalah lingkungan tidak saling menyalahkan, kita tidak berada disini untuk mencari kambing hitam, tetapi untuk mengidentifikasi kegagalan dari sistim operasional kita. Kita ingin mengungkapkan semua isu dan semua masalah dengan diskusi terbuka.
2. Proses ini bersifat rahasia. Jangan sekali-kali sebut nama pasien atau identitas dari para pemberi pelayanan.
3. Kita minta agar anda berfikir kreatif mengenai bagaimana memperbaiki system dan prosedur kita. Coba bayangkan seandainya pasien tersebut anak anda sendiri dan mengidentifikasikan sistim yang anda kehendaki yang mempengaruhi keselamatan anak anda sendiri.

Dalam diskusi tersebut Robinson menanyakan beberapa pertanyaan untuk mengidentifikasi, memahami dan diagram dari urutan kejadian yang berakibat pada overdosis morfin tersebut. Robinson memulai dengan menanyakan kepada O'Reilly untuk mengemukakan apa yang telah terjadi, dan kemudian memperluas diskusi untuk melihat perspektif lain. Saat mereka berbicara, Robinson mencatat rincian tersebut dengan cermat pada OHP. Saat dia memimpin diskusi, Robinson menjaga agar para dokter tidak mendominasi diskusi. Dia sering menanyakan tentang "Apakah kita telah mendokumentasikan proses tersebut secara tepat?"

Adakah yang terlewat? Sehingga kelompok tersebut telah membuat suatu alur diagram proses untuk mendokumentasikan urutan kejadian.

7 Januari 2001 jam 14.00

Julie Morath, Direktur operasional CHC duduk di kantornya meneliti temuan-temuan dari analisis kejadian terfokus. Begitu selesai membaca laporan tersebut masuk Dr. Robinson dan bosnya Dr Terry Hart, keduanya yang memfasilitasi semua pembelajaran kejadian-kejadian terfokus di RS tersebut, kemudian ketiga orang tersebut membahas 3 issue

1. Mereka mendiskusikan sebab-sebab dan kejadian tersebut dan perubahan-perubahan yang harus diimplementasikan untuk mencegah kejadian yang sama dimasa mendatang.
2. Mereka juga membahas bagaimana mereka akan menjelaskan kepada orang tua Matthew.
3. Mereka berkuat dengan isu tanggung jawab dan akuntabilitas dari insiden.

Pada diskusi tersebut mereka menyadari bahwa taruhan yang mereka buat adalah besar dan mereka hanya memiliki sedikit waktu untuk mengambil sebuah keputusan. Keluarga Matthew berkeinginan untuk mengetahui siapa yang bertanggung jawab dengan insiden tersebut, dan ingin individu bertanggung jawab.

CHILDREN'S HOSPITAL & CLINICS (CHC)

RS tersebut didirikan pada tahun 1994 yaitu merupakan gabungan dari Minneapolis Children's Medical Center dengan Children's Hospital-St. Paul. Brock Nelson yang tadinya menjabat sebagai Direktur Utama dari St Paul Hospital sejak tahun 1983, telah dilantik untuk menjadi Direktur Utama CHC. Pada tahun 2001 CHC memberikan pelayanan kepada, bayi, anak-anak dan dewasa pada 6 fasilitas yang terlokasi di wilayah Minneapolis-St Paul. Pelayanan medis bervariasi mulai dari pelayanan umum. Pelayanan yang rumit dari bedah jantung sampai ke perawatan kanker. Rs ini memiliki 270 tempat tidur dengan 3.455 karyawan, dan Lk 1.500 dokter yang berpraktik pada tempatnya sendiri. Periksa lampiran 3 statistik operasional dan kinerja keuangan.

JULIE MORATH

Julie Morath menjadi direktur operasional RS pada Mei 1999. selama 25 taun dia berpengalaman pada administrasi pelayanan pasien, pendidikannya adalah keperawatan. Sebelum bekerja pada RS CHC 5 tahun dia menjabat sebagai Asisten President pada suatu lembaga Health system seluruh perusahaan yang mengoperasikan 19 RS dan 48 klinik di wilayah Minnesota.

Pada saat bekerja pada Allina, dia mengikuti kuliah pada program eksekutif untuk kesalahan medical dan keselamatan pasien pada Harvard University. Dari perkuliahan-perkuliahan tersebut Morath mulai mengenal bahwa kesalahan-kesalahan medikal biasanya hasil dari serangkaian kesalahan-kesalahan kecil pada suatu system yang kompleks, bukan dikarenakan kesalahan atau kurang kompetennya seorang perawat ataupun dokter Morath ingin menerapkan konsep yang dia pelajari dari Harvard, dia ingin menerapkan konsep-konsep tersebut pada "lini depan" agar dapat meningkatkan keselamatan pasien. Dia menjelaskan transformasi personal dirinya pada isu ini.

Sistim kesehatan telah menghasilkan kesehatan, tetapi juga menghasilkan kerugian saya telah menggunakan hampir selama karir saya memperhatikan tentang keselamatan pasien dan mengingatkan orang untuk lebih berhati-hati, saya menyadari bahwa upaya-upaya skala kecil antara mengatasi masalah-masalah tersebut tidaklah cukup sedang. Sedang pekerjaan saya di Allina secara intelektual tidak mendorong, tetapi adalah terlalu jauh dari tindakan dilini depan, dimana layanan dilaksanakan, untuk lebih efektif membuat perubahan dan akan membuat keselamatan akan berbeda. Kuliah saya di Harvard menyadarkan saya, bahwa saya akan lebih membawa dampak yang signifikan selama saya, dapat memimpin sebuah korporat demi inisiatif yang terfokus pada sesuatu organisasi dengan memberikan keselamatan sebagai prioritas utama.

Sejalan dengan keinginan Morath untuk memulia tanggung jawab yang lebih besar pada keselamatan pasien, Direktur utama CHC Nelson memerlukan seorang Direktur Operasional Nelson menjelaskan bagaimana dia mengangkat Morath pada jabatan tersebut.

Saya perlu s
saya tidak begitu
yang baik dan se
HRD "saya mem
mengangkat dia.

Morath akan
berkaitan dengan

Peran yang
senang, tetapi sa
menciptakan sua
bukannya implis
operasional disep
menyenangkan.

Selama pros
mengenai visiny
bagian dari masu
yang terprogram
tampil dengan in
menyatukan sel
orang-orang yan
medesain dan m
topik keselamat
keselamatan bis
berada pada sua
pusat pelayanan
cepat memahami

AMBIL TANGG

Pada saat l
prioritas utama
dan meluncurk
dibantu oleh b
organisasi RS
medis, pengala
Nelson berbin
input maupun
untuk meningk
akan merupak
para dokter da

Saya perlu seorang yang telah berpengalaman dengan posisi jabatan tersebut, saya tidak begitu mengenal Julie, tetapi dia memiliki sebuah reputasi sebagai manajer yang baik dan seorang ahli dibidang keselamatan pasien. Saya berbicara pada divisi HRD "saya memerlukan orang seperti Julie Morath. Setelah itu kita putuskan untuk mengangkat dia.

Morath akan memanfaatkan peluang untuk meluncurkan sebuah inisiatif besar berkaitan dengan keselamatan pasien pada RS CHC.

Peran yang tradisional sebagai direktur operasional RS tidaklah membuat saya senang, tetapi saya antusias untuk bisa berkonsentrasi pada keselamatan pasien dan menciptakan suatu budaya dimana konsep "tidak merusakkan" adalah eksplisit, bukannya implisit. Peluang untuk focus pada tim kerja yang menyatu dan kegiatan operasional diseperti ilmu dan prinsip-prinsip keselamatan merupakan tantangan yang menyenangkan.

Selama proses wawancara, Morath mulai berbicara dengan para karyawan RS CHC mengenai visinya dan berbagai idenya berkaitan dengan keselamatan pasien. Sebagai bagian dari masuknya saya pada organisasi RS CHC, saya telah melakukan pembicaraan yang terprogram secara cermat, diseperti topik keselamatan dengan orang yang bersedia tampil dengan inisiatif, saya telah merintis jalan, berbicara mengenai bagaimana bisa menyatukan seluruh organisasi sehingga keselamatan bukan hanya permasalahan orang-orang yang berada dilini depan RS, tetapi juga untuk para administrator yang medesain dan mengoperasikan system R.S. sulit untuk mengumpulkan orang dengan topik keselamatan karena hamper semua orang akan bersikap defensif, berbicara tentang keselamatan bisa mengandung arti bahwa kita telah membuat "kesalahan". Namun saya berada pada suatu tempat, dimana sebagian besar orang berada pada suatu satuan dari pusat pelayanan kesehatan, dimana sesuatu tidak berjalan baik. Mereka dapat dengan cepat memahami bahwa RS ini dapat melakukan sesuatu dengan lebih baik.

AMBIL TANGGUNG JAWAB

Pada saat Morath bergabung dengan RS tersebut, keselamatan pasien merupakan prioritas utamanya. Dia mulai membentuk suatu tim inti untuk membantu mendesain dan meluncurkan Patient Safety Initiative (PSI). pada bulan Agustus 1999 dia telah dibantu oleh beberapa orang kunci yang sangat berpengaruh yaitu orang-orang pada organisasi RS ini menaruh hormat kepada mereka baik untuk keahliannya dibidang medis, pengalamannya maupun rekam jejak mereka pada RS tersebut, Morath dan Nelson berbincang dengan Dr. Tery Hart, Direktur medis RS CHC, untuk menghimpun input maupun saran, saran serta untuk mengakui bahwa mereka memahami strategi untuk meningkatkan keselamatan pasien mereka percaya bahwa kepemimpinan Dr Hart akan merupakan wahana yang penting untuk membangun dukungan upaya diantara para dokter dan para perawat pada RS tersebut.

Dengan keadaan dari tim inti tersebut, Morath menyusun tiga upaya penting pada bulan-bulan pertamanya di RS tersebut. Pertama, dia menggunakan waktunya untuk memberikan presentasinya pada staf RS mengenai riset nasional pada kesalahan-kesalahan medis. Kedua dia menyelenggarakan kelompok-kelompok fokus untuk lebih mendalami mengenai isu-isu keselamatan pasien pada RS CHC. Ketiga, dia mengembangkan rencana strategik terperinci untuk PSI (Periksa Lampiran 4) untuk serangkaian kegiatan berkaitan dengan inisiatif tersebut.

MENYAJIKAN DATA KECELAKAAN MEDIKAL

Morath memulai dengan memberikan kepada para staf RS kenyataan yang berkaitan dengan besarnya dan cakupan permasalahan kesalahan medikal di Amerika Serikat. Dia menyajikan data dari materi studi praktek dari Harvard Medical School mengenai frekuensi dan penyebab-penyebab dari kesalahan medical. Misalnya, dia menjelaskan kepada staf RS bahwa di AS 98.000 orang meninggal setiap tahunnya karena kesalahan medis, jumlah tersebut telah melampaui angka kematian dari kecelakaan sepeda motor, kanker payudara ataupun AID. Sebagai tambahan informasi mengenai tingkat kesalahan medikal periksa lampiran 5, yang menunjukkan data dari laporan-laporan resume temuan-temuan dari berbagai penelitian termasuk hasil kegiatan Harvard.

Morath melihat bahwa pada mulanya banyak orang tidak percaya bahwa kesalahan mungkin merupakan masalah yang signifikan pada RS tersebut. Dia menjelaskan bagaimana para staf beraksi terhadap presentasi awalnya.

Orang pada mulanya skeptis terhadap angka-angka nasional tersebut. Saya bertanya "ya, mungkin data ini tidak berlaku di RS ini. Jelaskan kepada saya bagaimana pengalaman anda sendiri pada minggu ini berkaitan dengan keselamatan pasien dan apakah itu memuaskan? Setelah orang mulai mendiskusikan berbagai kecelakaan yang pada mulanya mereka suatu yang unik atau idiosyncratic, mereka menyadari bahwa sebagian dari para kolega mereka telah mengalami kejadian-kejadian yang serupa.

Selama beberapa presentasinya kepada personil RS, Morath menyoroti diperlukannya sebuah perubahan mengenai pandangan para profesionil medis tentang kecelakaan. Berulang-ulang dia menjelaskan filosofinya mengenai keamanan pasien.

Pelayanan kesehatan adalah sebuah sistim yang amat rumit dan sifatnya sangat rentan terhadap risiko. Budaya pelayanan kesehatan adalah semua harus bekerja bersama-sama untuk memahami keselamatan, mengidentifikasi berbagai resiko, dan melaporkannya tanpa ada ketakutan untuk dipersalahkan. Kita harus mencari cara-cara untuk merubah seluruh sistim, bilamana kita berupaya untuk mencapai keadaan tanpa cela.

Melalui upaya-upaya tersebut Morath berupaya untuk menyakinkan para staf bahwa kesalahan-kesalahan benar-benar merupakan suatu masalah bagi semua organisasi

pelayanan kese
keselamatan da
para staf untuk
akan memperba
menghadapkan

Menyelengga

Pada bulan
untuk keselama
dan Ginger Ma
tertutup pada se
1999, dan Ma
menghendaki un
dan berharap un
inisiatif tersebut
meningkatkan k
focus, yang mel
di RS tersebut.
keselamatan par
sebuah tempat a
dengan berbagai
kelompok fokus

Saat kita m
kantor yang bert
sekalipun pada v
dengan ringan.
penting bagi me
apalagi bila pasi
terlibat dengan s

Linda Hamil
RS menyampaika
menjadi partisipa

Setelah meng
Sebenarnya saya
mau terlibat pada
dapat menderita
menjadi bagian d
menghancurkan o
sepanjang masa h
timbulnya kecelah

tiga upaya penting pada
gunakan waktunya untuk
sional pada kesalahan-
kelompok fokus untuk
RS CHC. Ketiga, dia
iksa Lampiran 4) untuk

nyataan yang berkaitan
ikal di Amerika Serikat.
Medical School mengenai
sialnya, dia menjelaskan
hunnnya karena kesalahan
kecelakaan sepeda motor,
mengenai tingkat kesalahan
laporan-laporan resume
an Harvard.

percaya bahwa kesalahan
tersebut. Dia menjelaskan

nasional tersebut. Saya
kepada saya bagaimana
keselamatan pasien dan
berbagai kecelakaan yang
mereka menyadari bahwa
kejadian yang serupa.

RS, Morath menyoro-
profesional medis tentang
genai keamanan pasien.

mit dan sifatnya sangat
ah semua harus bekerja
sikan berbagai resiko, dan
a harus mencari cara-cara
mencapai keadaan tanpa

nyakinkan para staf bahwa
h bagi semua organisasi

pelayanan kesehatan. Termasuk RS ini, dan bahwa suatu pendekatan baru mengenai keselamatan dapat mengurangi kejadian-kejadian. Dia juga berupaya untuk membujuk para staf untuk berbicara dengan lebih terbuka mengenai kesalahan-kesalahan yang akan memperbaharui pelayanan pasien tanpa menghancurkan karir seseorang ataupun menghadapi RS pada risiko hukum yang besar.

Menyelenggarakan Kelompok-kelompok Fokus

Pada bulan-bulan pertama, Morath juga mulai mengumpulkan data keadaan terkair untuk keselamatan pasien. Dia mencatat Susan Wiecker, peneliti bidang pemasaran dan Ginger Malone, seseorang perawat terdaftar, menyelenggarakan kelompok focus tertutup pada seluruh bagian organisasi RS ini. Rencana dimulai pada bulan Agustus 1999, dan Malone menyelenggarakan wawancara pada bulan Oktober. Morath menghendaki untuk melibatkan banyak orang dari berbagai bidang dalam organisasi dan berharap untuk memanfaatkan berbagai sesi tersebut untuk lebih menggalakkan inisiatif tersebut dan mendorong orang untuk berfikir kreatif mengenai cara-cara untuk meningkatkan keselamatan pasien. Malone telah menyelenggarakan 18 kelompok focus, yang melibatkan dokter, perawat, ahli farmasi, dan orang-lain lain yang bekerja di RS tersebut. Sesi-sesi tersebut telah menimbulkan antusiasme untuk upaya-upaya keselamatan para karyawan dan staf klinik merasa terlepas dari beban dan mendapatkan sebuah tempat aman untuk mendiskusikan pengalaman-pengalaman mereka berkaitan dengan berbagai kesalahan medik. Morath berkomentar tentang dampak dari kelompok-kelompok fokus tersebut.

Saat kita menyelenggarakan kelompok-kelompok focus, kantor saya menjadi kantor yang berterus terang. Orang yang terlibat dalam kecelakaan-kecelakaan medik, sekalipun pada waktu dan tempat yang jauh dari sini, membawakan pengalamannya dengan ringan. Kebutuhan untuk berbicara mengenai pengalaman adalah demikian penting bagi mereka. Adalah sangat mengecewakan gagal menolong seorang pasien, apalagi bila pasien tersebut adalah pasien anak, masing-masing dan tiap orang yang terlibat dengan suatu kegagalan akan terkenal dengan insiden tersebut.

Linda Hamilton perawat pada pelayanan intensif bayi dan pimpinan serikat pekerja RS menyampaikan bagaimana kelompok-kelompok focus telah memotivasinya untuk menjadi partisipan utama pada Patient Safety Initiative (PSI).

Setelah mengikuti suatu Focus Group, saya melibatkan diri pada inisiatif kualitas. Sebenarnya saya merasa kurang pas dengan gagasan tersebut, karena tidak seorang pun mau terlibat pada suatu kejadian yang tidak menyenangkan, dimana seorang pasien dapat menderita bahkan bisa meninggal. Kita semua telah melihat, mendengar dan menjadi bagian dari suatu kecelakaan. Tidak ada yang lebih buruk. Hal tersebut akan menghancurkan diri pasien tersebut serta keluarganya. Perawat juga akan menyesal sepanjang masa hidupnya saya bersedia untuk melakukan apapun yang dapat mencegah timbulnya kecelakaan-kecelakaan diwaktu yang akan datang.

Aspek yang paling kontroversial dari berbagai upaya ini adalah memperoleh persetujuan untuk menyelenggarakan suatu focus-group yang melibatkan beberapa orang tua. Para karyawan RS takut bahwa memulai suatu diskusi mengenai kecelakaan medik, akan mengejutkan bagi para keluarga, dan bahkan mungkin akan mengakibatkan pandangan dari para keluarga bahwa RS tidak aman. Untuk itu Morath merasa perlu untuk memperoleh persetujuan dari Dewan RS untuk menyelenggarakan suatu focus group yang melibatkan para orang tua, selama diskusi-diskusi tersebut berlangsung, para orang tua telah menyadari tentang banyaknya kesalahan-kesalahan medik dan kejadian yang hamper membawa petaka. Diskusi tersebut ternyata tidak menambah kebimbangan mereka focus group tersebut bahkan memberikan peluang kepada para orangtua untuk berbicara secara lugas mengenai berbagai pengalaman mereka dan memberikan saran untuk memperbaiki pelayanan pasien. Bersama dengan para karyawan para orang tua pada suatu focus group telah memberikan informasi yang amat berharga mengenai kondisi terkini dari keselamatan pasien, mengidentifikasi penyebab-penyebab dari kesalahan medik di RS dan mengungkapkan banyak saran tentang bagaimana memperbaiki proses dan system yang ada.

Formulasi rencana strategik

Pada semester kedua tahun 1999, Morath meluncurkan proses perencanaan strategic untuk menjabarkan beberapa tujuan serta berbagai sasaran dalam lima tahun mendatang. Keselamatan pasien merupakan satu dari empat sasaran dari rencana stratejik tersebut. Untuk lebih memberikan arti penting dari agenda keselamatan pasien-nya Morath memperkenalkan ekonomi SAFE yang merupakan singkatan dari empat komponen strategi RS, yaitu safety, access, financial dan expense (SAFE). Setiap semboyan menunjukkan sebesar janji RS bagi para pasien dan keluarganya. Misalnya semboyan safety menjanjikan tidak akan mencederai semboyan experience menjanjikan "nothing for me without me", yang menekankan komitmen untuk melibatkan para pasien dan keluarganya didalam keputusan keputusan yang dibuat oleh staf klinik mengenai pelayanan kesehatan mereka.

Setiap jenjang mengidentifikasi sasaran-sasaran dan upaya-upaya penting yang diperlukan untuk mencapainya. Komponen keselamatan dari rencana tersebut menetapkan tujuan untuk mencapai tanpa kesalahan (zero defects) didalam memberikan pelayanan klinik dan pengobatan kepada para pasien upaya-upaya utama untuk tahun mendatang, termasuk didalamnya mengembangkan suatu system pelaporan keselamatan yang baru dan melakukan audit dua prosedur media dengan risiko tinggi, diikuti dengan implementasi dari perbaikan-perbaikan proses yang memadai, sasaran yang lain adalah access, yang melibatkan pencegahan penundaan, memperbaiki daur waktu, dan meningkatkan jumlah pelayanan pasien setiap tahun. Komponen keuangan dari rencana yaitu menetapkan sasaran yang berkaitan dengan arus kas, ROC dan produktivitas. Akhirnya jelang "experience" terfokus pada meningkatkan kepuasan

pasien/ keluarganya lainnya. Untuk info

Nelson percaya mengkaitkan organ keselamatan pasien

Apa yang sul tingkat atas dengan berdiskusi, sering orang yang langsu pertama yang say mempunyai sasar semua tingkatan lakukan dan mengl Orang yang bekerj perawat. Para tekn pada pekerjaan, sa ini penting. Saya p rencana yang tepat gagasan yang bagu

IMPLEMENTASI

Pada bulan Se dan Nelson untuk mengandung tiga budaya organisasi kecelakaan-kecelah untuk mengemban keselamatan. Keti, administisasi medi

BUDAYA

Morath menat yang terbuka dan menghendaki untu pada pembelajaran sesuatu kenyataan dia telah mencipta mendiskusikan isu dibidang itu.

pasien/ keluarganya serta memperbaiki hubungan dengan para dokter dan karyawan lainnya. Untuk informasi lebih lanjut mengenai rencana akarnya periksa lampiran 6.

Nelson percaya bahwa proses perencanaan strategic berguna sebagai wahana untuk mengkaitkan organisasi dengan seperangkat tujuan, terutama yang berkaiatan dengan keselamatan pasien.

Apa yang sulit pada banyak organisasi adalah untuk mengkaitkan manajemen tingkat atas dengan para karyawan di lini depan. Bilamana orang duduk bersamaan dan berdiskusi, sering kali tidak nyambung, yaitu diantara para administrator dan orang-orang yang langsung menangani pasien, Agenda keselamatan pasien adalah inisiatif pertama yang saya lihat dapat menyatukan semuanya bersama, karena semua orang mempunyai sasaran yang sama. Saya dapat menterjemahkan sasaran-sasaran pada semua tingkatan didalam organisasi dan dapat mengkaitkan mengenai apa yang kita lakukan dan menghubungkannya dengan keselamatan pasien yang telah mereka lakukan. Orang yang bekerja di dapur merasa sejenisnya dokter, para dokter, ahli farmasi, para perawat. Para teknisi, para therapis fisik, semuanya menempatkan keselamatan pasien pada pekerjaan, saya tidak perlu lagi untuk menjelaskan kepada mereka kenapa hal ini penting. Saya perlu menunjukkan bahwa saya serius dan telah mempunyai sebuah rencana yang tepat, tetapi tidak perlu lagi menyakinkan orang, bahwa ini adalah sebuah gagasan yang bagus.

IMPLEMENTASI PATIENT SAFETY INITIATIVE (PSI).

Pada bulan September 1999, Dewan Direksi menyetujui rencana agresif Morath dan Nelson untuk mengimplementasikan agenda keselamatan pasien. Rencana tersebut mengandung tiga komponen utama. Pertama Morath menghendaki perubahan pada budaya organisasi untuk menciptakan lingkungan yang kondusif untuk mendiskusikan kecelakaan-kecelakaan medik pada kondisi yang konstruktif. Kedua, dia bermaksud untuk mengembangkan infrastruktur yang diperlukan untuk menerapkan perbaikan keselamatan. Ketiga, dia meluncurkan suatu proyek untuk mengembangkan system administisasi medis di RS.

BUDAYA

Morath menata untuk menciptakan suatu budaya yang dapat menerima komunikasi yang terbuka dan komunikasi yang terus terang tentang isu-isu keselamatan. Dia menghendaki untuk mengembangkan suatu lingkungan dimana setiap orang terfokus pada pembelajaran dari kesalahan-kesalahan masa lalu, dari pada tunjuk hidung bila sesuatu kenyataan salah. Untuk itu Morath telah melakukan beberapa langkah penting. dia telah menciptakan forum-forum dimana para staf dapat datang bersama untuk mendiskusikan isu-isu keselamatan dan belajar lebih lanjut mengenai riset mutakhir dibidang itu.

Kedua, dia telah memberlakukan suatu sistim laporan tidak saling menyalahkan untuk mencatat kesalahan-kesalahan medik. Ketiga dia telah menciptakan suatu kebijaksanaan pejelasan/berkaitan dengan bagaimana untuk berkomunikasi dengan para orang tua berkaitan dengan kecelakaan medik.

DIALOG KESELAMATAN PASIEN

Morath telah menciptakan serangkaian sesi bagi para karyawan CHC dan staf klinik untuk bersama-sama belajar mengenai hasil penelitian mutakhir berkaitan dengan keselamatan medik, selain itu juga mendiskusikan topik-topik yang berkaitan dengan keselamatan. Diantara para pembicara yang diundang adalah Dr Henri Manasse, Jr. Ketua dari the Board of the National Patient Safety Foundation, dan Dr Richard Cook, seorang professor pada sekolah kedokteran University of Chicago, yang hadir pada ceramah tersebut mengalami perkembangan yang mulanya hanya dihadiri oleh 50 orang, menjadi lebih dari 200 peserta. Untuk menambah seminar-seminar tersebut, Morath mengumpulkan bahan bacaan mulai dari ilmu tentang keselamatan sampai ke paket belajar-mandiri yang dapat digunakan oleh para karyawan untuk memahami belajar mereka. Banyak karyawan memanfaatkan peluang tersebut untuk belajar tentang ilmu untuk memperbaiki keselamatan pada suatu system yang kompleks.

LAPORAN TIDAK MENYALAHKAN

Morath memelopori suatu system bahwa untuk pelaporan kecelakaan medik yang dia sebut sebagai "Laporan tidak menyalahkan" (Blameless reporting). Intinya adalah membuat orang untuk berkomunikasi secara rahasia dan tanpa nama mengenai kecelakaan medik, tanpa harus dihukum, sehingga dapat membuka sebanyak mungkin masalah-masalah dan untuk menentukan penyebab-penyebab dari kecelakaan-kecelakaan tersebut. Untuk penerapannya staf RS menciptakan laporan keselamatan pasien yang baru. Untuk melengkapi formulasi lama, para karyawan hanya memberikan tanda pada kotak-kota yang tersedia untuk membantu para administrator untuk menggolongkan kecelakaan tersebut dan oleh karenanya dapat membantu data agregat pada agen nasional yang membantu jenis data frekuensi kecelakaan-kecelakaan medik.

Formulasi yang baru meminta para karyawan menjelaskan kecelakaan tersebut dengan bahasanya sendiri, serta memberikan komentar pada kejadian-kejadian yang telah terjadi serta penyebab-penyebab paramedik dari peristiwa. Periksa lampiran 7 salinan dari laporan keselamatan yang baru.

Hamilton memberikan komentarnya tentang perbedaan kebijakan yang substansial dari cara pelaporan tradisional lama dengan kebijakan baru menangani kesalahan medik pada RS CHC.

Saat kejadian terjadi diwaktu yang lalu, kita para perawat dikenakan tindakan disiplin "kalian harus lebih berhati-hati" tidak selalu dengan disiplin yang formal, karena

kontak c
diberlaku
informal
dan mer
berubah

Lap
laporan
dan pros
tidak me

Say
mengala
terdapat
tersebut
berlaku,
kejadian
pelayan
tanpa m
dan me
serangk
bermac
seharus

Na
karyaw
dilakuk
tersebu
seseora
melaku
itu beb
kesalah
system
untuk

BAHA

U
untuk
menje

"
apaka
Sekali

konrtak dengan Serikat Pekerja menyebutkan bahwa tindakan pendisiplinan tidak dapat diberlakukan pada para perawat, kecuali bila ada pola perilaku jelek. Namun tindakan informal seperti mengatakan "kau perawat jelek" ini merupakan budaya menyalahkan dan membuat malu. Kebiasaan dulu adalah "siapa yang melakukan ini, sekarang berubah" apakah yang telah terjadi?"

Laporan tidak menyalahkan mendorong para pekerja lini depan RS menggunakan laporan keselamatan untuk menemukan dan menghindari adanya kerusakan pada system dan proses RS. Dr. Thomas Hellmich menyebutkan sebuah contoh bagaimana laporan tidak menyalahkan telah mengubah perilaku manusia.

Saya terlibat pada suatu kasus, dimana ada seorang anak penderita jantung sedang mengalami sesak nafas. Saya mengecek akan prosedur. Penanganan menurut saya terdapat banyak kesalahan pada prosedur tersebut, sekalipun kesalahan-kesalahan tersebut tidak akan berpengaruh kepada hasil untuk pasien. Segera seketika harus itu berlaku, pertama kali yang kita lakukan, adalah mengatakan "Apa yang kita pelajari dari kejadian ini? Hal ini tidak mungkin terjadi setahun yang lalu. Ini bukan lagi model ABC pelayanan medis; Acuse, Blame, Criticize. Sekarang adalah model baru "pelayanan tanpa menyalahkan". Kita duduk bersama dan mengisi formulir laporan keselamatan dan meneliti semua komponen yang salah demi melakukan analisis penyebab. Melalui serangkaian pertemuan-pertemuan tindak lanjut, kita membuat perbaikan yang bermacam-macam termasuk memberikan pelatihan tambahan untuk unit bagaimana seharusnya melaksanakan suatu petunjuk/prosedur tindakan.

Namun tidak semua orang bersemangat dengan pendekatan baru ini. Beberapa karyawan mengungkapkan tentang keprihatinannya berkaitan dengan tidak dapat dilakukan peringatan kepada para individu yang terlibat dalam peristiwa-peristiwa tersebut. Beberapa manajer unit membayangkan bagaimana dia akan dapat menetapkan seseorang bertanggung jawab dengan kejadian tersebut, bilamana mereka tidak dapat melakukan pendisiplinan orang yang tidak melakukan kesalahan-kesalahan disamping itu beberapa orang dari staf professional masih percaya bahwa banyak kesalahan-kesalahan terjadi dikarenakan tidak kompetennya seseorang dan bukan karena kegagalan system. Mereka resah bahwa laporan tidak menyalahkan akan membuat lebih sakit untuk mengidentifikasi kinerja yang jelas pada unit-unit mereka.

BAHASA

Untuk memperkuat dialog terbuka mengenai kecelakaan medik, Morath berupaya untuk mengubah cara orang mendiskusikan isu-isu keselamatan. Ginger Malone menjelaskan

"Kita telah menggunakan banyak waktu tahun terakhir dan benar-benar memahami apakah kata-kata yang boleh diucapkan atau kata-kata yang tidak boleh dikatakan. Sekalipun seperti pada kata "belajar", kita lebih suka menggunakan istilah tersebut,

dibandingkan dengan kata "investigasi". Mereka memiliki anti yang berbeda. Kita berusaha untuk berbicara mengenai "kecelakaan" medik. Kita tidak menggunakan istilah "kesalahan", dikarenakan kepada para perawat dan yang lain, hal itu dirasakan sangat menghukum mereka, kita akan berbicara secara lebih terbuka mengenai kegagalan system dan bukan masalah orang"

Dalam hal ini Morath menekankan untuk menghindari dari beberapa kata-kata yang banyak digunakan pada suatu budaya menunjukkan terkejut "pada orang lain; dan pada mereka untuk belajar dari kesalahan dan kegagalan bekerja dia lebih menekankan menggunakan hati-hati" examination" yang berlawanan dengan "investigation" untuk mereview sebuah kecelakaan medik dia percaya bahwa istilah yang digunakan pada seluruh proses dari perencanaan secara hati-hati dan sistematis. Sedangkan istilah investigasi terkesan sebagai sesuatu yang menginterogasi seorang terdakwa. Untuk lebih jelasnya mengenai istilah-istilah tersebut periksa lampiran 8.

KEBIJAKAN MEMBERIKAN PENJELASAN

Morath juga menghendaki perubahan mengenai bagaimana berkomunikasi dengan para keluarga ketika terjadi kecelakaan. Dimasa yang lalu staf RS akan tetap tutup mulut setelah sebuah insiden. Biasanya pengacara RS akan merekomendasikan bahwa staf memberikan informasi kepada keluarga dengan secara garis besar dan jangan sekali kali mengidentikan RS berbuat suatu kesalahan. Dengan kebijakan yang baru yaitu memberikan penjelasan, RS akan mengontak keluarga segera setelah suatu insiden terjadi, menjelaskan prosedur untuk memeriksa kejadian tersebut dan menganalisis apa yang telah dipelajari dari hal tersebut. Dan mengajak kepada para keluarga adanya informasi tindak lanjut tentang berbagai penyebab dari kejadian tersebut.

Padangan Nelson berkaitan dengan isu pemberian penjelasan telah berubah secara dramatis setelah pertemuan dengan keluarga pada September 1999. keluarga dari seorang anak laki-laki yang mengidap kanker ganas tahun yang lalu, setelah menerima suatu diagnosis baik dari RS ini, keluarga tersebut menuntut RS tetapi tidak berhasil, karena pengadilan Minnesota hanya membenarkan kasus malpraktik dimana pasien paling tidak memiliki 40% kemungkinan hidup dari saat diagnosa awal mereka membawa foto anak lelakinya, yang dengan mata berkaca-kaca berbicara tentang rasa sakit, setelah kalah dipengadilan keluarga tersebut meminta sesuatu. Pertemuan dengan direksi RS dan meminta maaf. Mereka menemui penulis Nelson pada pertemuan keseluruhan keluarga tersebut minta untuk bertemu dengan saya karena mereka mempunyai isu-isu yang berkembang dengan staf, dan jelaslah bahwa, kita selalu melakukan suatu kesalahan. Sebelum bertemu Manajer Risiko dan pengacara menasehatkan kepada saya untuk mengikuti dua aturan: jangan memberikan informasi dan jangan sebutkan bahwa RS telah melakukan suatu kesalahan. Kami lakukan pertemuan dengan keluarga, dan saya mengikuti nasehat-nasehat tersebut. Setelah pertemuan selesai, anggota staf memberi selamat kepada saya dengan berpenampilan sangat bagus, karena saya tidak memberikan

informasi apapun itu merupakan p tidak akan mel Dan hal tersebut

Pada bulan kebijakan baru Nelson, segera s Dia meminta ma dan akan mena tersebut.

Saya ketem yang telah terjad Saat itu amat em Setelah pertemu saya, karena aka hidup hanya 1% sesuatu yang trag

INFRASTRUK

Morath tela mengatasi dan im

Khususnya mengarahkan aga disetujui sebagai kejadian-kejadian

KOMITE PENG (Patient safety ste

Dengan duk Kesehatan Pasien pimpinan serikat dari yang tadinya lebih kurang 5 ja

Dr. Thomas perdana dari PSS anggota tim.

Saya diminta perkataan saya t

informasi apapun, atau mengakui melakukan kesalahan. Saya beritahu mereka bahwa itu merupakan pertemuan paling buruk dalam hidup saya dan saya katakan bahwa saya tidak akan melakukannya lagi. Kita telah mengurung keluarga tersebut dengan tembok. Dan hal tersebut amat mengerikan.

Pada bulan Februari 2000, Dewan Direksi telah memberikan persetujuan tentang kebijakan baru untuk memberikan penjelasan lengkap yang diusulkan oleh Morath dan Nelson, segera setelah itu Nelson untuk ketemu dengan keluarga untuk kedua kalinya. Dia meminta maaf tentang diagnosa yang salah, dan menjelaskan apa yang telah terjadi, dan akan menawarkan bantuan kepada keluarga. Nelson menjelaskan pertemuan tersebut.

Saya ketemu keluarga tersebut untuk yang kedua kalinya, saya beritahu apa yang telah terjadi dengan anak laki-lakinya yang telah mengalami kesalahan diagnosa. Saat itu amat emosional, kedua mata saya basah. Kami berhasil untuk mengatasi situasi. Setelah pertemuan tersebut kita saling berpelukan saya berada dalam emosi pribadi saya, karena akan berat dasarnya untuk kehilangan anak. Sekalipun peluang untuk hidup hanya 1%, kalau harus terjadi suatu kesalahan diagnosa tetap akan merupakan sesuatu yang tragis.

INFRASTRUKTUR

Morath telah mengembangkan berbagai struktur dan berbagai proses untuk mengatasi dan implementasi inisiatif keselamatan pasien.

Khususnya dia membentuk suatu tim inti yang bertanggung jawab untuk mengarahkan agar inisiatif itu berjalan suatu perubahan-perubahan berjalan utama dan disetujui sebagai tambahan dia mengembangkan suatu proses baru untuk memeriksa kejadian-kejadian yang sama.

KOMITE PENGARAH KESELAMATAN PASIEN

(Patient safety steering committee/PSSC)

Dengan dukungan Nelson dan bantuannya, Morath menunjuk Komite Pengarah Kesehatan Pasien, dan dia mengetuai PSSC, anggotanya terdiri banyak dokter dan pimpinan serikat pekerja perawat. Dengan berjalannya waktu anggota tim berkembang dari yang tadinya 10 orang menjadi 19 partisipan. Masing-masing memberikan waktunya lebih kurang 5 jam/bulan, periksa lampiran 9 untuk anggota tim.

Dr. Thomas Hellmich, dokter ruang darurat dan wakil ketua, adalah anggota perdana dari PSSC. Dia menjelaskan bagaimana Morath telah memilihnya menjadi anggota tim.

Saya diminta Julie untuk bergabung dengan PSSC dikarenakan saya mengungkapkan perkataan saya terhadap keselamatan pasien. Saya menghadiri berbagai pertemuan

dengannya, dimana dia mendiskusikan informasi mengenai keselamatan pasien. Saya kirim E mail kepadanya menyatakan itu merupakan informasi yang menawan dan pada pertemuan berikutnya dia menghadiri sebuah kotrak yang mencantumkan apa yang akan dibutuhkan bilamana saya dilibatkan. Ini bukan merupakan sebuah kontrak yang mengikat, tetapi dia hanya ingin menyakinkan bahwa masing-masing orang tahu bahwa terdapat sebuah komitmen bukan sekedar menghadiri rapat. Dia ingin untuk yakin medik memperoleh perhatian dan dia berhasil. Saya ada pada banyak komite, dan yang satu ini memang berbeda sejak dari awalnya.

Morath tidak melakukan tindakan-tindakan utama tanpa persetujuan dari PSSC, yang memegang tanggungjawab bersama untuk menentukan sasaran-sasaran dari inisiatif keselamatan, dan untuk merevisi kebijakan-kebijakan RS serta prosedur-prosedur. Misalnya, komite telah mengembangkan laporan keselamatan pasien yang baru, dan menciptakan pasien analisis kejadian terfokus untuk memeriksa berbagai penyebab serius dari kecelakaan medik. PSSC juga menceritakan temuan-temuan dari pertanyaan-pertanyaan serta menonton perkembangan dari inisiatif keselamatan.

STUDI KEJADIAN TERFOKUS (Focused Event Studies)

Komite Gabungan Akreditasi Organisasi Pelayanan Kesehatan (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations/JCAHO) memmempersyarat RS – RS untuk melakukan suatu investigasi atas kejadian kecelakaan medik serius yang dikenal didunia perdagangan sebagai sentinel Event.

Dibawah kepemimpinan Dr. Hart PSSC telah memilih kebijakan RS berkaitan kapan dan bagaimana melakukan pertanyaan-pertanyaan. Pertama komite memutuskan tidak hanya menyelenggarakan studi kejadian terfokus setelah sentinel event, tetapi juga setelah terjadinya kejadian yang nyaris cedera (“near misses”). Morath, Hart dan anggota tim yang lain yakin, bahwa mereka dapat banyak belajar mengenai perbaikan keselamatan pasien, dengan menerapkan lebih sering, prosedur pemecahan masalah terstruktur.

Kedua, PSSC telah menggeser focus dari proses investigasi yang diperlukan mulai dari mengidentifikasi dan memperingatkan para individu yang bertanggung-jawab untuk kejadian yang terjadi, menjadi menyelenggarakan analisis kejadian secara rahasia dan tidak menyalahkan. Proses ini bertujuan terutama untuk mendokumentasikan semua urutan kejadian sedapat-dapatnya dan mengidentifikasi semua penyebab kegagalan sistematis. Akhirnya kebijakan baru mempersyaratkan para pimpinan untuk melakukan suatu analisis kejadian terfokus untuk menggunakan informasi mengenai kejadian tersebut, dengan proses mencari tahu, dan menganalisis temuan-temuan kepada keluarga secepatnya .

Dr. Robinson
setelah Mathew's

Saya kira kita
yang telah terjadi
secara individual.
berlangsung. Kita
pernafasan dan ke
sesuatu konsisten
bagaikan orang but
orang berfikir bah
telah gagal. Namu
menyadari bahwa
mereka mulai men
pada situasi terseb
tersebut mengemb
hal rumitnya suatu

Dr. Hart menj
mencari petunjuk
yang belum didis

Kadang-kada
orang mendekati
tidak bermaksud
waktu kita shingg
akan kita mulai b
memfasilitator da
bahwa kita tidak k

Sementara te
terfokus, beberap
mereka tidak puny
yang muncul selan
berkaitan dengan
untuk upaya-upay
untuk meyakinkan
telah dilaksana
apakah pendekatan
tersebut telah mel
keluarga untuk ja
paparan hukum R

Dr. Robinson memberikan komentarnya pada analisis kejadian terfokus yang terjadi setelah Matthew's mengalami overdosis morfin.

Saya kira kita tidak akan mendapat pemahaman yang mendalam mengenai apa yang telah terjadi terhadap Matthew, bilamana saya hanya berbicara dengan mereka secara individual. Terdapat banyak informasi dan kontra informasi selama pertemuan berlangsung. Kita melihat hal tersebut dari perspektif perawat dan kemudian dari therapist pernafasan dan kemudian dari dokter. Ini tidak berarti apakah orang hanya memandang sesuatu konsisten dengan sudut pandangnya, tetapi bahwa mereka kenyataannya hanya bagaikan orang buta yang meraba satu bagian dari seekor gajah. Saya ketahui, kebanyakan orang berfikir bahwa mereka mengetahui dinamika letak kegagalan itu dan apa yang telah gagal. Namun pada saat mereka menghadiri pertemuan-pertemuan tersebut mereka menyadari bahwa akan ada sepuluh kemungkinan pembelaan pada system tersebut mereka mulai memahami kerumitannya. Mereka mengenal bahwa terdapat aspek-aspek pada situasi tersebut yang tidak mereka ketahui sebelumnya. Analisis kejadian terfokus tersebut mengembangkan para pengikut yang akan lebih memahami organisasi dalam hal rumitnya suatu kecelakaan medik.

Dr. Hart menjelaskan bahwa fasilitator perlu memiliki kepekaan yang tinggi Morath mencari petunjuk-petunjuk yang mengarah bahwa ada sesuatu hal atau beberapa hal yang belum didiskusikan secara mendalam selama pertemuan tersebut.

Kadang-kadang setelah pertemuan ada omong-omong setelah pertemuan, atau orang mendekati Chris atau saya dan menambahkan informasi baru yang penting. Kita tidak bermaksud untuk menstruktur diskusi seperti ini, namun kita menjadwalkan waktu kita sehingga kita tidak terburu-buru bubar, setelah suatu pertemuan. Hal lain yang akan kita mulai bereksperimen adalah dengan memakai dua fasilitator seorang untuk memfasilitator dan yang lain untuk mencermati perilaku non verbal untuk menjalankan bahwa kita tidak kehilangan sesuatu.

Sementara telah banyak karyawan mulai mengikuti pendekatan analisis kejadian terfokus, beberapa kenyataan mengungkapkan perhatiannya. Art dan Robinson merasa mereka tidak punya waktu, staf ataupun sumberdaya untuk memindak lanjuti tiap-tiap isu yang muncul selama berjalannya suatu analisis kejadian terfokus. Tanggung jawab utama berkaitan dengan jabatan normal mereka, membuat mereka sulit untuk mencari waktu untuk upaya-upaya tindak lanjut. Juga PSSC tidak mempunyai suatu cara sistematis untuk meyakinkan bahwa perubahan-perubahan prosedur yang telah direkomendasikan telah dilaksanakan, atau diukur efektivitasnya untuk perubahan. Akhirnya tidak jelas apakah pendekatan baru telah mengakui profil risiko legal RS. Kenyataan bahwa RS tersebut telah melaksanakan studi kejadian terfokus dan memberikan penjelasan kepada keluarga untuk jangka waktu yang pendek, PCCS tidak bisa menentukan efek untuk penerapan hukum RS.

PROYEK ADMINISTRASI MEDIK

Komponen urutan ketiga dari inisiatif keamanan terdiri dari suatu upaya untuk membenahi system administrasi medis, dengan tujuan untuk mencapai pelayanan tanpa cacat (zero defect). Morath berkeinginan untuk menggunakan upaya tersebut untuk mendemonstrasikan bagaimana organisasi dapat memperbaiki keselamatan pasien, dengan mendisen ulang system dan proses-proses RS. Dia percaya bahwa proyek ini akan memotivasi semua orang untuk menguiah cara berfikir mereka dan bertindak berkaitan dengan keselamatan karyawan. Dia berkata "Siapa yang akan berargumentasi untuk suatu system medikasi untuk anak-anak yang 100% dapat dipercaya? Sementara itu semua orang tahu bahwa kerumitan dan kesulitan dari system administrasi medis yang sekarang. Mark Thomas, Direktur Farmasi menjelaskan bagaimana Morath telah merekrutnya untuk proyek tersebut.

Saya mulai bekerja pada RS CHC pada bulan September 1999 dan baru disana kurang dari sebulan saat Julie memanggil saya ke kantornya. Katanya "Mark, saya sangat terkesan dengan anda. Saya menunggu kedatangan anda, Dia mejelaskan agenda keselamatan pasien dan minta saya untuk memegang proyek ini untuk memperbaiki system administrasi medis. Dia memberitahukan kepada saya bahwa sasarannya adalah tanpa cacat. Dalam hal ini saya tersanjung karena saya tahu hal tersebut merupakan sasaran yang menantang. Dari sudut pandang saya, hal tersebut hampir tidak mungkin, tetapi saya tetap akan maju dikarenakan dia sangat mendukung saya dan percaya bahwa kita dapat mencapai tujuan.

Morath tidak menghendaki Thomas untuk hanya terfokus pada proses-proses internal farmasi di RS. Dia memintanya untuk seluruh proses arus berkaitan dengan obat-obatan, mulai dari saat seorang dokter menuliskan resep obat sampai ditangan pasien. Morath memintanya untuk menaruh perhatian pada setiap penyampaian berantai, pada sistem yaitu saat para individu mengestafetkan informasi dan/atau obat dari ia ke lain orang. Morath mengharapkan untuk menemukan beberapa peluang untuk menyederhanakan proses-proses yang telah ada.

TIM TINDAKAN KEAMANAN

Pada bulan November 1999, Casey Hooke seorang perawat klinik spesialis memutuskan untuk membuat suatu tim tindakan keamanan pada unit Haematology/orcologi di Minneapolis, tim lintas fungsional terdiri dari delapan karyawan mulai kultum bulanan untuk mendiskusikan isu-isu keamanan medik. Setelah pertemuan-pertemuan anggota para rekan sekerjanya mengenai masalah-masalah yang telah mereka diskusikan serta perbaikan-perbaikan yang diharapkan dapat dilaksanakan masing-masing orang juga mengumpulkan berbagai gagasan dan saran-saran untuk dibahas dengan angganta tim pada pertemuan berikutnya.

Dua unit y
tindakan keaman
local, maka PSS
untuk menyelen
menjelaskan ker
penting untuk m
keamanan orang

Malone per
tepat untuk para
dan menghilang
memberikan pela
merasa bahwa h
dan straf penduk
kebijakan akan m
keseharian mere
keamanan tersebu
yang ada dilini de

Pada musim
yang potensial ak
bag. Pada pertem
menanyakan apa
tadi, dan menamu
diwaktu mendata
bahan yang men
Para perawat mu
perhatian kepada
mereka mengerah
RS bersedia untu
laporan-laporan k
wahana untuk per

LOG GOOD CATCH

Tim Casey H
menangkap inform
log good catch be
Bilamana seorang
suatu kesalahan m
Para perawat mer
tersebut tanpa har

Dua unit yang lain menyaksikan upaya-upaya Casey dan meluncurkan Tim tindakan keamanan pada keberhasilan unit mereka. Menyaksikan upaya-upaya ditingkat local, maka PSSC mengarahkan pada para manajer dari unit-unit klinik pada RS CHC untuk menyelenggarakan tim tindakan keamanan pada tahun 2001. Ginger Malone menjelaskan kenapa tim-tim lokal dapat menghasilkan banyak gagasan-gagasan penting untuk meningkatkan keselamatan pasien. Prinsip-prinsip inovasi sama dengan keamanan orang yang paling dekat dengan pekerjaan tahu apa yang paling baik.

Malone percaya bahwa tim-tim tindakan keamanan memberikan wahana yang tepat untuk para pekerja dilini depan untuk mengurangi kerumitan yang tidak perlu dan menghilangkan penghalang-penghalang yang menghambat mereka untuk bisa memberikan pelayanan yang efektif kepada para pasien. Pada banyak kasus, Malone merasa bahwa hambatan-hambatan tersebut muncul dikarenakan staf administrasi dan staf pendukung tidak sepenuhnya memahami bagaimana sebuah perubahan kecil kebijakan akan memperumit cara para dokter dan para perawat melaksanakan tugas keseharian mereka. Malone memberikan suatu contoh bagaimana tim tindakan keamanan tersebut, memberikan "suara" kepada yang menjadi perhatian dari mereka yang ada dilini depan.

Pada musim panas tahun 2000, seorang perawat akan memberikan sejumlah cairan yang potensial akan menyulitkan kepada pasien menggunakan sebuah kangaroo-feeding bag. Pada pertemuan Tim Tindakan Keamanan, dia berbicara tentang "near miss" dan menanyakan apa yang harus dilakukan. Mereka melakukan atas pertanyaan perawat tadi, dan menemukannya feeding bag yang lebih aman dan dapat mencegah kejadian serupa diwaktu mendatang. Mereka meneruskan penelitian tersebut ke bagian pengadaan bahan yang menyarankan bahwa alat tersebut tidak memerlukan tambahan biaya. Para perawat mulai menggunakan system laporan keselamatan untuk mengarahkan perhatian kepada permasalahan-permasalahan dengan kantong kangaroo-feeding, dan mereka mengerahkan kampanye e mail langsung kepada manajemen sendiri. Akhirnya RS bersedia untuk memenuhi alat yang lebih aman. Hal ini menunjukkan bagaimana laporan-laporan keselamatan telah dipakai sebagai suatu metoda komunikasi sebagai wahana untuk perubahan.

LOG GOOD CATCH

Tim Casey Hook juga menggunakan log good catch sebagai suatu cara untuk menangkap informasi yang dapat dipergunakan untuk mencegah kesalahan untuk log good catch berlokasi pada kamar medik yang dikunci pada setiap lantai di RS. Bilamana seorang perawat menghadapi suatu masalah yang dapat membawa akibat suatu kesalahan medik, dia dapat menjelaskan/menggunakan situasi tersebut pada log. Para perawat merasa aman dengan proses ini, karena mereka dapat mencatat kejadian tersebut tanpa harus menyebutkan namanya dan hanya para perawat atau staf pharماسi

yang punya akses pada ruang tersebut. Dimana log tersebut tersimpan. Mark Thomas berkomentar pada perkembangan log good catch tersebut a.l :

“Satu tanda tangan awal pada tim-tim tindakan keamanan adalah sederhana. Apa yang perlu kita bicarakan? Dari mana kita memperoleh informasi ini untuk memulainya? Konsep muncul dengan cepat pada pertemuan pertama, dimana para perawat mengembangkan konsep log good catch. Hal ini sepenuhnya dilain sistim pelaporan yang berlaku, yang terfokus pada pendokumentasian kejadian-kejadian. Disini para perawat dapat menkomunikasikan kejadian-kejadian yang mungkin terjadi”

Dr. Bruce Bostrom merasa bahwa log good catch dapat memberikan informasi yang dapat bermanfaat dibandingkan dengan laporan keselamatan. Dijelaskannya:

“Sebagian besar formulir tidak sesuai, kecuali untuk memenuhi persyaratan yang ditetapkan oleh JCAHO, laporan itu memungkinkan para administrator untuk menghitung jumlah dan jenis kejadian, tetapi tidak membantu kita untuk melakukan perubahan pada system kita. Standar laporan kita dapat mengindikasikan bahwa ada 30 kasus dari permasalahan, tetapi anda tidak tahu kenapa permasalahan tersebut terjadi”

Lampiran dari Tim Tindakan Keselamatan mengumpulkan log good catch, memeriksanya dan meresume kan informasi tersebut untuk dibicarakan pada pertemuan tim mendatang. Masing-masing tim merubah kebijakan-kebijakan dan prosedur-prosedur berdasarkan pada informasi yang diperoleh dari log. Setelah para perawat menyadari bahwa catatan-catatan mereka sering mengarahkan pada perubahan yang nyata, mereka merasa lebih enak untuk menulis pada log. Salah seorang perawat berkomentar “sekarang kita merasa didengar dan dapat melakukan sesuatu yang kita rasakan perlu.”

BERGERAK MAJU

Pada bulan Januari 2001, Morath sangat senang dengan tingkat komitmen dan dedikasi pada upaya keselamatan pasien. Namun dengan semakin matangnya inisiatif. Morath perlu menata kebutuhan untuk menangani beberapa pertanyaan-pertanyaan controversial mengenai program keselamatan Dia dan PSSC berjuang menhadapi dengan empat isu utama.

Penjelasan dan resiko legal:

“Para anggota PSSC merisaukan mengenai apakah manfaat dari mengembangkan pemberian informasi kejadian kepada para pasien dan keluarganya, lebih besar dibandingkan dengan resiko bertambahnya tuntutan hukum. Seorang dokter bedah mengemukakan pandangannya dan banyak pihak di RS, bahwa berbicara terbuka mengenai kejadian akan mengundang masalah Dia merencanakan bahwa RS mencari masalah dengan berbicara secara terbuka mengenai kejadian. Dr Terry Hart memahami resiko-risiko tersebut. “Identikan informasi dan merubah peraturan, ini akan nyrempet-nyrempet bahaya”

Yang lain
meningkatkan
pengalaman dan

Mungkin a
ruang pasien. M
pada good catch

Morath dan
rencana-rencana
memprediksi pe
Dewan Direktur

AKUNTABILIT

Para manaja
bahwa system la
untuk memegan
Sementara itu p
disalahkan untuk
Kegagalan sisten
umur belasan tah
pada RS ini mer
bisnis saya, bila s
itu konsekuensiny

MENGUKUR H

PSSC bergula
inisiatif keselama
Morath belum bis
manfaat yang sei
kita mempertahankan
menunjukkan bah
untuk mencari uku
Periksa lampiran 1

Beberapa angg
mendedikasikan su
proses RS. Dr Bo
pelayanan yang be
perubahan yang lua

Mark Thomas
menyetujuinya. Na

Yang lain percaya bahwa RS belum sepenuhnya melibatkan orang tua pada upaya meningkatkan keselamatan. Dr Bruce Bostrom berfikir bahwa para orang tua memiliki pengalaman dan pengetahuan yang kurang dimanfaatkan oleh staf RS.

Mungkin akan bermanfaat untuk membenah "log good catch orang tua" pada setiap ruang pasien. Namun kita masih memiliki budaya yaitu takut orang tua akan terlibat pada good catches dan normatik.

Morath dan Brack bertemu dengan penasehat hukum RS untuk memberikan rencana-rencana berkaitan dengan inisiatif keselamatan pasien. Memakai untuk memprediksi perilaku orang tua pasien diwaktu yang akan datang adalah tidak mungkin. Dewan Direktur dan beberapa penasehatnya menyetujui inisiatif tersebut.

AKUNTABILITAS

Para manajer unit dan para administrator juga mengemukakan keprihatinannya bahwa system laporan tanpa menyalahkan akan menghilangkan kemampuan mereka untuk memegang para anggota tim bertanggung jawab untuk kinerja yang buruk. Sementara itu para keluarga pasien perlu untuk mengetahui individu tertentu yang disalahkan untuk suatu kejadian, dibandingkan dengan memfokuskan pada kegagalan. Kegagalan sistemik yang menyebabkan pada suatu kejadian serius terjadi dari anak umur belasan tahun yang meninggal pada tahun 1998 setelah mengalami salah diagnosa pada RS ini menyedihkan rasa frustasinya dengan tidak adanya/akuntabilitas. Pada bisnis saya, bila saya membuat kesalahan dan saya rugi, saya bisa kehilangan pekerjaan, itu konsekuensinya. Disini ada nyawa yang hilang. Apa konsekuensinya?

MENGUKUR HASIL

PSSC bergula dengan kesulitan untuk mencoba untuk mengukur efektivitas dari inisiatif keselamatan. Para anggota ingin tahu apakah manfaatnya melebihi biayanya. Morath belum bisa memberikan angka untuk mempertimbangkan insyatif memberikan manfaat yang seimbang dengan biayanya. Dia berkomentar lebih lanjut "Dapatkan kita mempertahankan PSI ? saya pikir saya dapat membuat sebuah kasus bisnis yang menunjukkan bahwa perbaikan kualitas menentukan manfaat. PSSC masih berjuang untuk mencari ukuran yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keberhasilan inisiatif. Periksa lampiran 10 untuk beberapa kekurangan penilai kinerja pada RS CIK.

Beberapa anggota PSSC mengungkapkan keprihatinannya bahwa organisasi tidak mendedikasikan sumber daya untuk mengimplementasikan perbaikan-perbaikan serta proses RS. Dr Bostrom menjelaskan bahwa sangat menantang untuk memberikan pelayanan yang berbeda untuk pasiennya, sementara mencari implementasi, untuk perubahan yang luas pada arti atau prosedur RS. Dia mengungkapkan permasalahan.

Mark Thomas meminta saya untuk melakukan suatu proyek khusus dan saya menyetujuinya. Namun saya belum mencapai apapun karena saya masih berusaha

untuk mengatur pertemuan. Saya sebenarnya dapat mempercayakan pada seseorang yang dapat bertanggung jawab untuk mengorganisasikan pertemuan, dari pada saya harus memanggil dan mengkoordinasikannya sendiri. Saya bertanggung jawab untuk pelayanan pasien. Saya tidak bisa mengatakan kepada pasien saya. "Maaf, saya tidak dapat menemui anda, karena saya harus menghadiri rapat atau sedang mengatur rapat" korporasi punya manajer proyek. Kita tidak memiliki sumber daya yang mencukupi untuk melakukan proyek perbaikan ini.

Thomas juga membayangkan bilamana RS telah memanfaatkan sumberdaya yang berharga dengan cara yang paling efektif selama upaya keselamatan berlangsung.

Kita telah beringinan bersama dengan ini, keselamatan medik. Kita telah melakukan tetapi kita belum merasa bahwa kita telah mencapai apa yang seharusnya. Saya yakin kita mencoba melakukan yang banyak sekaligus. Kita memiliki 15 anggota pada tim keselamatan medik. Bagaimana kita bisa bekerja dengan tim yang begitu besar? Kita dapat menggunakan selama waktu dapat untuk mendiskusikan isi, tetapi hanya sedikit sekali yang kita kerjakan.

Morath menyadari hal-hal tersebut :

Orang mulai bertanya bagaimana kita akan bergerak dari teori dan konsep-konsep kepada perubahan yang sesungguhnya. Mereka bertanya "apakah kita memiliki instruktur untuk melaksanakan agent keselamatan ? kesediaan memang ada, tetapi kita ingin meyakinkan bahwa kita memiliki sumberdaya cukup untuk menangani isu-isu yang muncul. Berita bagus adalah kita punya selama untuk bertindak.

KEPEMIMPINAN

RS tersebut juga menghadapi tantangan yang penting berkaitan dengan kepemimpinan dari inisiatif keselamatan. Sebagai direktur operasional RS Morath menyadari bahwa dia tidak dapat memberikan semua waktunya untuk upaya keselamatan. Dia memiliki banyak tugas dan banyak tanggung jawab yang memerlukan perhatiannya. Dia memutuskan bahwa RS itu perlu untuk mengangkat orang lain untuk memimpin upaya tersebut dengan penuh waktu dan menjadi ketua baru PSSC. Pada bulan Januari 2001, Nelson dan Morath mengangkat Dr Eric Knox untuk jabatan tersebut. Dr. Knox adalah pensiunan perinatologist (seorang spesialis untuk kelahiran beresiko tinggi) dan ahli yang dikenal secara nasional pada keselamatan medik. Secara alamiah semua mencemaskan bahwa perubahan kepemimpinan ini dapat mengganggu perkembangan dari inisiatif, terutama pada tahap krusial dan perkembangannya. Namun Morath percaya bahwa organisasi dapat membuat suatu transisi yang lancar.

Saya butuh klinik medik jabatan semangat pada o tetap bertahan tid

Sementara meresahkan bahv membayangkan diangkatnya Dr K mode manajemen

"Julie Mor pada topik kesela menyaksikan ulan nyatakan bahwa akan hilang, teta orang di lini dep

OVERDOSIS M

10 Januari 2001.

Sekali lagi mengharapkan o menunggu, dia n akan ditunjukkan

Sipakah nar bagaimana merel menangani mere menyebabkan ke masih melayani M

Morath berge belum mapan den pertanyaan-pertar masalah tersebut

Saya butuh Eric atau orang lain dengan pengetahuan yang sama dan pengalaman klinik medik jabatan ini. Ini hanya masalah kapan. Saya perlu yakin bahwa cukup semangat pada organisasi untuk menangani isu keselamatan pasien, sehingga inisiatif tetap bertahan tidaklah saya secara langsung.

Sementara yang lain percaya bahwa semangat ada pada organisasi, tetapi meresahkan bahwa kepemimpinan Morath akan sulit digantikan, sementara itu mereka membayangkan apakah peran Morath pada upaya keselamatan sekarang, dengan diangkatnya Dr Knox mereka tidak menghendaki bahwa inisiatif keselamatan menjadi mode manajemen yang akan hilang begitu saja. Dr Hellmich menjelaskan:

"Julie Morath membawa kepemimpinan yang memberikan semangat pada RS pada topik keselamatan pasien. Selama 16 tahun bekerja di RS ini saya telah banyak menyaksikan ulah manajemen membawahi masalah itu dan tidak banyak berhasil. Saya menyatakan bahwa ini adalah misi yang berbeda. Saya tidak mengantisipasi program itu akan hilang, tetapi salah satu tantangan kita sekarang ini adalah untuk menakutkan orang di lini depan bahwa ini bukanlah modul untuk bulan ini"

OVERDOSIS MORFIN PADA MATTHEW.

10 Januari 2001.

Sekali lagi Morath menaruh perhatiannya pada kasus overdosis Mathew. Dia mengharapkan orang tua pasien tersebut datang ke kantornya setiap saat. Saat Morath menunggu, dia mencoba mengantisipasi pertanyaan-pertanyaan keras yang mungkin akan ditunjukkan oleh orang tua pasien tersebut.

Sipakah nama individu yang bertanggung jawab pada overdosis Mathew? bagaimana mereka dapat membuat kesalahan yang serius tersebut? bagaimana anda menangani mereka yang bertanggungjawab dengan kesalahan yang potensial dapat menyebabkan kematian ini? Benar bahwa dokter yang sama dan para perawat saat ini masih melayani Mathew dan bila memang demikian apa yang akan anda lakukan?

Morath bergelut dengan pertanyaan-pertanyaan ini selama sehari-hari, tetapi masih belum mapan dengan jawaban yang membuatnya enak. Bagaimana dia harus merespon pertanyaan-pertanyaan tersebut? apakah pendekatan yang tepat untuk menghadapi masalah tersebut?