

PANDUAN BUDAYA KESELAMATAN RUMAH SAKIT



PEMERINTAH KABUPATEN BLORA
RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU
Jl. Ronggolawe 50 Telp. (0296) 421026 Fax: 424373
E-mail:rs.soeprapto.cepu@gmail.com
CEPU - 58311

TAHUN 2022



PEMERINTAH KABUPATEN BLORA
RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU

Jl.Ronggolawe 50 Telp.(0296) 421026 Fax:424373
E-mail:rs.soeprapto.cephu@gmail.com
C E P U – 58311



KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. R. SOEPRAPTO CEPU
KABUPATEN BLORA
NOMOR : 800/007.3/01/2022

TENTANG
PANDUAN BUDAYA KESELAMATAN RUMAH SAKIT
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. R. SOEPRAPTO CEPU

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. R. SOEPRAPTO CEPU,

- Menimbang : a. bahwa dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di RSUD dr. R. Soeprapto Cepu, maka diperlukan adanya Panduan Budaya Keselamatan Rumah Sakit di RSUD dr. R. Soeprapto Cepu;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, perlu menetapkan Keputusan Direktur tentang Panduan Budaya Keselamatan Rumah Sakit di RSUD dr. R. Soeprapto Cepu.
- Mengingat : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan;
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
3. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan;
4. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah;
5. Peraturan Daerah Kabupaten Blora Nomor 11 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Blora sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Daerah Kabupaten Blora Nomor 9 Tahun 2021 tentang Perubahan Atas Peraturan Daerah Nomor 11 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kabupaten Blora;

6. Peraturan Bupati Blora Nomor 48 Tahun 2021 tentang Pembentukan, Kedudukan, Susunan Organisasi, Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Blora.
7. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan;
8. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
9. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 77 Tahun 2015 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit
10. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 755/MENKES/PER/IV/2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit
11. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 49 tahun 2013 tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit;
12. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 56 Tahun 2014 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit;
13. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien;
14. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit;
15. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 983/Menkes/SK/1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit;
16. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 772/Menkes/SK/VI/2002 tentang Pedoman Peraturan Internal Rumah Sakit;
17. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/11/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.

MEMUTUSKAN :

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. R. SOEPRAPTO CEPU TENTANG PANDUAN BUDAYA KESELAMATAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. SOEPRAPTO CEPU

- KESATU** : Panduan Budaya Keselamatan Rumah Sakit RSUD dr.R. Soeprapto Cepu ini digunakan sebagai dasar untuk mengembangkan budaya keselamatan rumah sakit di RSUD dr. R. Soeprapto Cepu.
- KEDUA** : Adapun kebijakan khusus mengenai setiap kebijakan umum tentang Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien tertera pada lampiran Keputusan ini.
- KETIGA** : Segala biaya yang timbul sebagai akibat ditetapkannya Keputusan ini dibebankan pada Anggaran Pendapatan dan Belanja BLUD RSUD Dr. R. Soeprapto Cepu.
- KEEMPAT** : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan dan apabila terdapat kekeliruan dalam surat keputusan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Cepu
Pada tanggal, 10 Januari 2022

**DIREKTUR
RSUD Dr. R. SOEPRAPTO CEPU
KABUPATEN BLORA**


FATKHUR ROKHIM

Lampiran I : Keputusan Direktur RSUD Dr. R.
Soeprpto Cepu
Nomor : 800/007.3/01/2022
tanggal : 10 Januari 2022

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Semua organisasi mempunyai budaya kerja masing-masing. Biasanya budaya kerja dalam organisasi ini bisa langsung dirasakan setelah masuk kedalamnya. Misalnya ketika masuk ke salah satu unit di rumah sakit, maka akan bisa segera menilai apakah petugasnya ramah, siap membantu, pelayanannya cepat dll. Ini adalah contoh dari dimensi budaya patient safety yang bisa dirasakan. Seperti model gunung es, dimensi budaya patient safety yang bisa langsung dirasakan hanyalah sebagian kecil dari budaya patient safety. Dimensi lainnya yang sulit untuk langsung diidentifikasi antara lain nilai (*values*) dan asumsi-asumsi (*assumptions*).

Salah satu tantangan dalam pengembangan patient safety adalah bagaimana mengubah budaya yang ada menuju budaya patient safety. Langkah penting pertama adalah dengan menempatkan patient safety sebagai salah satu prioritas utama dalam organisasi pelayanan kesehatan, yang didukung oleh eksekutif, tim klinik, dan staf di semua level organisasi dengan pertanggungjawaban yang jelas

Perubahan budaya sangat terkait dengan pendapat dan perasaan individu-individu dalam organisasi. Kesempatan untuk mengutarakan opini secara terbuka, dan keterbukaan ini harus diakomodasi oleh sistem sehingga memungkinkan semua individu untuk melaporkan dan mendiskusikan terjadinya adverse events. Budaya tidak saling menyalahkan memungkinkan individu untuk melaporkan dan mendiskusikan adverse events tanpa khawatir akan dihukum. Aspek lain yang penting adalah memastikan bahwa masing-masing individu bertanggung jawab secara personal dan kolektif terhadap patient safety dan bahwa keselamatan adalah kepentingan semua pihak.

B. DEFENISI

Secara umum budaya pasien safety dapat didefinisikan sebagai pola terpadu perilaku individu dan organisasi yang berorientasi pada nilai-nilai dan asumsi dasar yang terus menerus berupaya meminimalkan kejadian-kejadian yang tidak diharapkan karena dapat membahayakan pasien. *Patient-safety culture* adalah

budaya rumah sakit yang berorientasi pada keselamatan pasien, dengan kata lain bahwa layanan medis dijalankan secara professional dan sangat careful agar Adverse Events (AEs) tidak terjadi. Budaya patient-safety akan menurunkan AEs secara signifikan sehingga akuntabilitas di RS di mata pasien dan masyarakat akan meningkat sehingga pada akhirnya kinerja RS pun akan meningkat.

Budaya keselamatan pasien adalah produk dari nilai, sikap, kompetensi dan pola perilaku individu dan kelompok yang menentukan komitmen, *style* dan kemampuan suatu organisasi pelayanan kesehatan terhadap program keselamatan pasien. Jika suatu organisasi pelayanan kesehatan tidak mempunyai budaya keselamatan pasien maka kecelakaan bisa terjadi akibat dari kesalahan laten, gangguan psikologis dan fisiologis pada staf, penurunan produktivitas, berkurangnya kepuasan pasien dan menimbulkan konflik internal (Kemenkes, 2017).

Budaya keselamatan pasien merupakan suatu kondisi di mana budaya organisasi mendukung dan mempromosikan keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien merujuk pada keyakinan, nilai dan norma-norma yang ditunjukkan oleh praktisi pelayanan kesehatan dan staf lain dalam suatu organisasi yang mempengaruhi tindakan dan sikapnya. Budaya keselamatan pasien merupakan sesuatu yang bisa diukur dengan cara menghargai apa yang dilakukan oleh pegawai, dukungan yang diberikan dan penerimaan dari organisasi terhadap sesuatu yang terkait dengan keselamatan pasien (Sarra *et al.*, 2016)

Menurut Carthey & Clarke (2010), organisasi kesehatan akan memiliki budaya keselamatan pasien yang positif, jika memiliki dimensi budaya sebagai berikut :

1. Budaya keterbukaan (*open culture*)

Budaya ini menggambarkan semua staf RS merasa nyaman berdiskusi tentang insiden yang terjadi ataupun topik tentang KP dengan teman satu tim ataupun dengan manajernya. Staf merasa yakin bahwa fokus utama adalah keterbukaan sebagai media pembelajaran dan bukan untuk mencari kesalahan ataupun menghukum. Komunikasi terbuka dapat juga diwujudkan pada saat serah terima pasien, *briefing staff* maupun *morning report*.

2. Budaya keadilan (*just culture*)

Merupakan budaya membawa atmosfer "*trust*" sehingga anggota bersedia dan memiliki motivasi untuk memberikan data dan informasi serta melibatkan pasien dan keluarganya secara adil dalam setiap pengambilan keputusan terapi. Perawat dan pasien diperlakukan secara adil saat terjadi insiden dan tidak berfokus untuk mencari

kesalahan individu tetapi lebih mempelajari secara sistem yang mengakibatkan terjadinya kesalahan. Lingkungan terbuka dan adil akan membantu staf membuat pelaporan secara jujur mengenai kejadian yang terjadi dan menjadikan insiden sebagai pelajaran dalam upaya meningkatkan

3. **Budaya pelaporan (*reporting culture*)**

Budaya dimana staf siap untuk melaporkan insiden atau *near miss*, sehingga dapat dinilai jenis *error* dan dapat diketahui kesalahan yang biasa dilakukan oleh staf serta dapat diambil tindakan sebagai bahan pembelajaran organisasi. Organisasi belajar dari pengalaman sebelumnya dan mempunyai kemampuan untuk mengidentifikasi faktor risiko terjadinya insiden sehingga dapat mengurangi atau mencegah insiden yang akan terjadi.

4. **Budaya belajar (*learning culture*)**

Setiap lini dari organisasi baik *sharp end* (yang bersentuhan langsung dengan pelayanan) maupun *blunt end* (manajemen) menggunakan insiden yang terjadi sebagai proses belajar. Organisasi berkomitmen untuk mempelajari insiden yang telah terjadi, mengkomunikasikan kepada staf dan senantiasa mengingatkan staf.

5. **Budaya informasi (*informed culture*)**

Organisasi mampu belajar dari pengalaman masa lalu sehingga memiliki kemampuan untuk mengidentifikasi dan menghindari insiden yang akan terjadi karena telah belajar dan terinformasi dengan jelas dari insiden yang sudah pernah terjadi, misalnya dari pelaporan kejadian dan investigasi.

C. TUJUAN

Survei budaya keselamatan berguna untuk mengukur kondisi rumah sakit yang dapat menyebabkan kejadian buruk dan Membahayakan pasien di pelayanan rumah sakit. Rumah sakit yang ingin menilai budaya keselamatan pasien yang ada harus mempertimbangkan untuk melakukan survei budaya keselamatan. Survei budaya keselamatan dapat digunakan untuk:

1. Meningkatkan kesadaran staf tentang keselamatan pasien.
2. Mengkaji status budaya keselamatan pasien saat ini.
3. Mengidentifikasi kekuatan dan area untuk peningkatan budaya keselamatan pasien.

4. Memeriksa tren perubahan budaya keselamatan pasien dari waktu ke waktu.
5. Mengevaluasi dampak budaya dari inisiatif dan intervensi keselamatan pasien.

D. CAKUPAN

Program Budaya Keselamatan di RSUD dr. R. Soeprpto Cepu mencakup:

- a) Perilaku memberikan pelayanan yang aman secara konsisten untuk mencegah terjadinya kesalahan pada pelayanan berisiko tinggi.
- b) Perilaku di mana para individu dapat melaporkan kesalahan dan insiden tanpa takut dikenakan sanksi atau teguran dan diperlakukan secara adil (*just culture*)
- c) Kerja sama tim dan koordinasi untuk menyelesaikan masalah keselamatan pasien.
- d) Komitmen pimpinan rumah sakit dalam mendukung staf seperti waktu kerja para staf, pendidikan, metode yang aman untuk melaporkan masalah dan hal lainnya untuk menyelesaikan masalah keselamatan.
- e) Identifikasi dan mengenali masalah akibat perilaku yang tidak diinginkan (perilaku sembrono).
- f) Evaluasi budaya secara berkala dengan metode seperti kelompok fokus diskusi (FGD), wawancara dengan staf, dan analisis data.
- g) Mendorong kerja sama dan membangun sistem, dalam mengembangkan budaya perilaku yang aman.
- h) Menanggapi perilaku yang tidak diinginkan pada semua staf pada semua jenjang di rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis dan nonklinis, dokter praktisi mandiri, representasi pemilik dan anggota Dewan pengawas.

BAB II

BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

A. RUANG LINGKUP

Penerapan Budaya Keselamatan Pasien meliputi ;

1. Instalasi Gawat Darurat
 2. Instalasi Rawat Jalan
 3. Instalasi Rawat Inap
 - a. Ruang Anggrek
 - b. Ruang Mawar
 - c. Ruang Wijaya Kusuma
 - d. Ruang Melati
 - e. Ruang Aster
 - f. Ruang Dahlia
 - g. Ruang Anyelir
 - h. Ruang ICU
 4. Instalasi Bedah Sentral
 5. Instalasi Farmasi
 6. Instalasi Laboratorium
 7. Instalasi Radiologi
- DST sesuai sotr rs cepu

B. DIMENSI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Dimensi dalam budaya keselamatan pasien yaitu (Sorra *et al.*, 2016;

1. Keterbukaan Komunikasi

Staf merasa bebas untuk berbicara jika melihat sesuatu yang negatif yang berpengaruh terhadap pasien dan staf merasa bebas untuk bertanya lebih dalam dengan menggunakan otoritas yang mereka miliki.
2. *Feedback* dan komunikasi tentang kesalahan yang terjadi

Staf diinformasikan mengenai kesalahan yang terjadi, diberikan *feedback* mengenai perubahan yang akan diimplementasikan, dan mendiskusikan cara untuk mencegah kesalahan.
3. *Frekuensi* pelaporan kejadian
 - a. Kesalahan yang dilaporkan yaitu dalam bentuk: Kesalahan yang diketahui dan diperbaiki karena menyangkut pasien.
 - b. Kesalahan yang tidak berpotensi membahayakan pasien.

- c. Kesalahan yang dapat membahayakan pasien.
4. *Handoff* dan transisi
Pertukaran informasi mengenai perawatan pasien disebarkan antar unit dalam rumah sakit dan disebarkan ketika pergantian shift jaga.
5. Dukungan organisasi untuk keselamatan pasien
Manajemen rumah sakit menyediakan lingkungan kerja yang mempromosikan keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas dalam manajemen rumah sakit.
6. *Nonpunitive respon to error* / respon tidak menghakimi pada kesalahan yang dilakukan
Staf merasa bahwa kesalahan dan kejadian yang dilaporkan tidak ditujukan untuk menyalahkan dirinya, dan kesalahan tersebut tidak hanya menjadi masalah pribadinya saja.
7. *Organizational learning* - pembelajaran berkelanjutan
Kesalahan akan mendorong perubahan positif dan perubahan tersebut akan dievaluasi untuk menilai keefektifannya.
8. *Persepsi* keseluruhan mengenai keselamatan pasien
Sistem dan prosedur yang ada sudah bagus untuk pencegahan kesalahan dan hanya terdapat sedikit masalah mengenai keselamatan pasien
9. *Staffing*
Staf yang ada di rumah sakit sudah cukup untuk mengatasi beban kerja yang tinggi dan jam kerja sudah sesuai untuk melakukan perawatan dan pelayanan terbaik untuk pasien.
10. *Supervisor* / harapan manajer dan tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan keselamatan pasien
11. *Supervisor/manajer* mempertimbangkan saran dari staf untuk meningkatkan keamanan pasien, memberikan respon positif terhadap staf yang mengikut prosedur keselamatan pasien dengan benar dan tidak berlebihan dalam melakukan pembahasan mengenai masalah keselamatan pasien.
12. Kerjasama lintas unit
Unit-unit dalam rumah sakit bekerja sama dan berkoordinasi satu sama lain untuk menyediakan pelayanan terbaik untuk pasien
13. Kerjasama antar unit / dalam unit
Staf dalam unit saling mendukung satu sama lain, saling menghargai satu sama lain dan bekerja sama sebagai satu tim.

C. SASARAN KESELAMATAN PASIEN NASIONAL

Di Indonesia secara nasional untuk seluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan, diberlakukan Sasaran Keselamatan Pasien Nasional yang terdiri dari:

1. Sasaran 1 mengidentifikasi pasien dengan benar;
2. Sasaran 2 meningkatkan komunikasi yang efektif;
3. Sasaran 3 meningkatkan keamanan obat-obatan yang harus diwaspadai;
4. Sasaran 4 memastikan sisi yang benar, prosedur yang benar, pasien yang benar pada pembedahan/tindakan invasif;
5. Sasaran 5 mengurangi risiko infeksi akibat perawatan kesehatan; dan
6. Sasaran 6 mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh.

1) Mengidentifikasi Pasien dengan Benar

- a. Rumah sakit menerapkan proses untuk menjamin ketepatan identifikasi pasien
- b. Maksud dan Tujuan

Kesalahan mengidentifikasi pasien dapat terjadi di semua aspek pelayanan baik diagnosis, proses pengobatan serta tindakan. Misalnya saat keadaan pasien masih dibius, mengalami disorientasi atau belum sepenuhnya sadar; adanya kemungkinan pindah tempat tidur, pindah kamar, atau pindah lokasi di dalam rumah sakit; atau apabila pasien memiliki cacat indra atau rentan terhadap situasi berbeda.

Adapun tujuan dari identifikasi pasien secara benar ini adalah:

- a) mengidentifikasi pasien sebagai individu yang akan diberi layanan, tindakan atau pengobatan tertentu secara tepat.
- b) mencocokkan layanan atau perawatan yang akan diberikan dengan pasien yang akan menerima layanan.

Identifikasi pasien dilakukan setidaknya menggunakan minimal 2 (dua) identitas yaitu nama lengkap dan tanggal lahir/*bar code*, dan tidak termasuk nomor kamar atau lokasi pasien agar tepat pasien dan tepat pelayanan sesuai dengan regulasi rumah sakit. Pasien diidentifikasi menggunakan minimal dua jenis identitas pada saat:

- a) melakukan tindakan intervensi/terapi (misalnya pemberian obat, pemberian darah atau produk darah, melakukan terapi radiasi);
- b) melakukan tindakan (misalnya memasang jalur intravena atau hemodialisis);

- c) sebelum tindakan diagnostik apa pun (misalnya mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan laboratorium penunjang, atau sebelum melakukan kateterisasi jantung ataupun tindakan radiologi diagnostik); dan
- d) menyajikan makanan pasien.

Rumah sakit memastikan pasien teridentifikasi dengan tepat pada situasi khusus, seperti pada pasien koma atau pada bayi baru lahir yang tidak segera diberi nama serta identifikasi pasien pada saat terjadi darurat bencana.

Penggunaan dua identitas juga digunakan dalam pelabelan. misalnya, sampel darah dan sampel patologi, nampan makanan pasien, label ASI yang disimpan untuk bayi yang dirawat di rumah sakit.

2) Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

- a. Rumah sakit menerapkan proses untuk meningkatkan efektivitas komunikasi lisan dan/atau telepon di antara para profesional pemberi asuhan (PPA), proses pelaporan hasil kritis pada pemeriksaan diagnostic termasuk POCT dan proses komunikasi saat serah terima (*hand over*).

- b. Maksud dan Tujuan

Komunikasi efektif adalah komunikasi yang tepat waktu, akurat, lengkap, jelas, dan dipahami oleh resipien/penerima pesan akan mengurangi potensi terjadinya kesalahan serta meningkatkan keselamatan pasien. Komunikasi dapat dilakukan secara lisan, tertulis dan elektronik.

Komunikasi yang paling banyak memiliki potensi terjadinya kesalahan adalah pemberian instruksi secara lisan atau melalui telpon, pelaporan hasil kritis dan saat serah terima.. Latar belakang suara, gangguan, nama obat yang mirip dan istilah yang tidak umum sering kali menjadi masalah.

Metode, formulir dan alat bantu ditetapkan sesuai dengan jenis komunikasi agar dapat dilakukan secara konsisten dan lengkap.

- a) Metode komunikasi saat menerima instruksi melalui telpon adalah: “menulis/menginput ke komputer - membacakan - konfirmasi kembali” (*writedown, read back, confirmation*) kepada pemberi instruksi misalnya kepada DPJP. Konfirmasi harus dilakukan saat itu juga melalui telpon untuk menanyakan apakah “yang dibacakan” sudah sesuai dengan instruksi yang diberikan. Sedangkan metode komunikasi saat melaporkan kondisi pasien kepada DPJP dapat menggunakan metode misalnya *Situation -background- assessment - recommendation* (SBAR).
- b) Metode komunikasi saat melaporkan nilai kritis pemeriksaan diagnostik melalui telpon juga dapat dengan: “menulis/menginput ke komputer -

membacakan - konfirmasi kembali" (*writedown, read back*). Hasil kritis didefinisikan sebagai varian dari rentang normal yang menunjukkan adanya kondisi patofisiologis yang berisiko tinggi atau mengancam nyawa, yang dianggap gawat atau darurat, dan mungkin memerlukan tindakan medis segera untuk menyelamatkan nyawa atau mencegah kejadian yang tidak diinginkan. Hasil kritis dapat dijumpai pada pemeriksaan pasien rawat jalan maupun rawat inap. Rumah sakit menentukan mekanisme pelaporan hasil kritis di rawat jalan dan rawat inap. Pemeriksaan diagnostik mencakup semua pemeriksaan seperti laboratorium, pencitraan/radiologi, diagnostik jantung juga pada hasil pemeriksaan yang dilakukan di tempat tidur pasien (*point-of-care testing* (POCT)). Pada pasien rawat inap pelaporan hasil kritis dapat dilaporkan melalui perawat yang akan meneruskan laporan kepada DPJP yang meminta pemeriksaan. Rentang waktu pelaporan hasil kritis ditentukan kurang dari 30 menit sejak hasil di verifikasi oleh PPA yang berwenang di unit pemeriksaan penunjang diagnostik.

- c) Metode komunikasi saat serah terima distandardisasi pada jenis serah terima yang sama misalnya serah terima antar ruangan di rawat inap. Untuk jenis serah terima yang berbeda maka dapat menggunakan metode, formulir dan alat yang berbeda. Misalnya serah terima dari IGD ke ruang rawat inap dapat berbeda dengan serah terima dari kamar operasi ke unit intensif;

Jenis serah terima (*handover*) di dalam rumah sakit dapat mencakup:

- 1) antara PPA (misalnya, antar dokter, dari dokter ke perawat, antar perawat, dan seterusnya);
- 2) antara unit perawatan yang berbeda di dalam rumah sakit (misalnya saat pasien dipindahkan dari ruang perawatan intensif ke ruang perawatan atau dari instalasi gawat darurat ke ruang operasi); dan
- 3) dari ruang perawatan pasien ke unit layanan diagnostik seperti radiologi atau fisioterapi.

Formulir serah terima antara PPA, tidak perlu dimasukkan ke dalam rekam medis. Namun demikian, rumah sakit harus memastikan bahwa proses serah terima telah dilakukan. misalnya PPA mencatat serah terima telah dilakukan dan kepada siapa tanggung jawab pelayanan diserahkan, kemudian dapat dibubuhkan tanda tangan, tanggal dan waktu pencatatan).

- 3) Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan yang Harus Diwaspadai

- a. Rumah sakit menerapkan proses untuk meningkatkan keamanan penggunaan obat yang memerlukan kewaspadaan tinggi (*high alert medication*) termasuk obat *Look - Alike Sound Alike* (LASA).

Rumah sakit menerapkan proses untuk meningkatkan keamanan penggunaan elektrolit konsentrat

- b. Maksud dan Tujuan

Obat-obatan yang perlu diwaspadai (*high-alert medications*)

adalah obat-obatan yang memiliki risiko menyebabkan cedera serius pada pasien jika digunakan dengan tidak tepat.

Obat *high alert* mencakup:

- 1) Obat risiko tinggi, yaitu obat dengan zat aktif yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan bila terjadi kesalahan (*error*) dalam penggunaannya (contoh: insulin, heparin atau sitostatika).
- 2) Obat yang terlihat mirip dan kedengarannya mirip (Nama Obat Rupa dan Ucapan Mirip/NORUM, atau *Look Alike Sound Alike/LASA*)
- 3) Elektrolit konsentrat contoh: kalium klorida dengan konsentrasi sama atau lebih dari 1 mEq/ml, natrium klorida dengan konsentrasi lebih dari 0,9% dan magnesium sulfat injeksi dengan konsentrasi sama atau lebih dari 50%

Rumah sakit harus menetapkan dan menerapkan strategi untuk mengurangi risiko dan cedera akibat kesalahan penggunaan obat *high alert*, antara lain: penataan penyimpanan, pelabelan yang jelas, penerapan *double checking*, pembatasan akses, penerapan panduan penggunaan obat *high alert*.

Rumah sakit perlu membuat daftar obat-obatan berisiko tinggi berdasarkan pola penggunaan obat-obatan yang berisiko dari data internalnya sendiri tentang laporan insiden keselamatan pasien. Daftar ini sebaiknya diperbarui setiap tahun. Daftar ini dapat diperbarui secara sementara jika ada penambahan atau perubahan pada layanan rumah sakit.

Obat dengan nama dan rupa yang mirip (*look-alike/sound-alike*, LASA) adalah obat yang memiliki tampilan dan nama yang serupa dengan obat lain, baik saat ditulis maupun diucapkan secara lisan. Obat dengan kemasan serupa (*look-alike packaging*) adalah obat dengan wadah atau kemasan yang mirip dengan obat lainnya. Obat-obatan yang berisiko terjadinya kesalahan terkait LASA, atau obat dengan kemasan produk yang serupa, dapat menyebabkan terjadinya kesalahan pengobatan yang berpotensi cedera. Terdapat banyak nama obat yang terdengar serupa dengan nama obat lainnya, sebagai contoh, dopamin dan dobutamin

Hal lain yang sering dimasukkan dalam isu keamanan obat adalah kesalahan dalam pemberian elektrolit konsentrat yang tidak disengaja (misalnya, kalium/potasium klorida [sama dengan 1 mEq/ml atau yang lebih pekat], kalium/potasium fosfat [(sama dengan atau lebih besar dari 3 mmol/ml)], natrium/sodium klorida [lebih pekat dari 0.9%], dan magnesium sulfat [sama dengan 50% atau lebih pekat]. Kesalahan ini dapat terjadi apabila staf tidak mendapatkan orientasi dengan baik di unit asuhan pasien, bila perawat kontrak tidak diorientasikan sebagaimana mestinya terhadap unit asuhan pasien, atau pada keadaan gawat darurat/emergensi. Cara yang paling efektif untuk mengurangi atau mengeliminasi kejadian tersebut adalah dengan menerapkan proses pengelolaan obat-obat yang perlu diwaspadai termasuk penyimpanan elektrolit konsentrat di unit farmasi di rumah sakit.

Penyimpanan elektrolit konsentrat di luar Instalasi Farmasi diperbolehkan hanya dalam situasi klinis yang berisiko dan harus memenuhi persyaratan yaitu staf yang dapat mengakes dan memberikan elektrolit konsentrat adalah staf yang kompeten dan terlatih, disimpan terpisah dari obat lain, diberikan pelabelan secara jelas, lengkap dengan peringatan kewaspadaan.

- 4) Memastikan Sisi yang Benar, Prosedur yang Benar Pasien yang Benar Pada Pembedahan/Tindakan Invasif
 - a. Rumah sakit menetapkan proses untuk melaksanakan verifikasi pra operasi, penandaan lokasi operasi dan proses *time-out* yang dilaksanakan sesaat sebelum tindakan pembedahan/invasif dimulai serta proses *sign-out* yang dilakukan setelah tindakan selesai.
 - b. Maksud dan Tujuan

Salah-sisi, salah-prosedur, salah-pasien operasi, adalah kejadian yang mengkhawatirkan dan dapat terjadi di rumah sakit. Kesalahan ini terjadi akibat adanya komunikasi yang tidak efektif atau tidak adekuat antara anggota tim bedah, kurangnya keterlibatan pasien di dalam penandaan lokasi (*site marking*), serta tidak adanya prosedur untuk memverifikasi sisi operasi. Rumah sakit memerlukan upaya kolaboratif untuk mengembangkan proses dalam mengeliminasi masalah ini. Tindakan operasi dan invasif meliputi semua tindakan yang melibatkan insisi atau pungsi, termasuk, tetapi tidak terbatas pada, operasi terbuka, aspirasi perkutan, injeksi obat tertentu, biopsi, tindakan intervensi atau diagnostik vaskuler dan kardiak perkutan, laparoskopi, dan endoskopi. Rumah sakit perlu mengidentifikasi semua area di rumah sakit mana operasi dan tindakan invasif dilakukan

Protokol umum (*universal protocol*) untuk pencegahan salah sisi, salah prosedur dan salah pasien pembedahan meliputi:

- 1) Proses verifikasi sebelum operasi.
- 2) Penandaan sisi operasi.
- 3) *Time-out* dilakukan sesaat sebelum memulai tindakan.

c. Proses Verifikasi Praoperasi

Verifikasi praoperasi merupakan proses pengumpulan informasi dan konfirmasi secara terus-menerus. Tujuan dari proses verifikasi praoperasi adalah:

- 1) melakukan verifikasi terhadap sisi yang benar, prosedur yang benar dan pasien yang benar;
- 2) memastikan bahwa semua dokumen, foto hasil radiologi atau pencitraan, dan pemeriksaan yang terkait operasi telah tersedia, sudah diberi label dan di siapkan;
- 3) melakukan verifikasi bahwa produk darah, peralatan medis khusus dan/atau implan yang diperlukan sudah tersedia.

Di dalam proses verifikasi praoperasi terdapat beberapa elemen yang dapat dilengkapi sebelum pasien tiba di area praoperasi. seperti memastikan bahwa dokumen, foto hasil radiologi, dan hasil pemeriksaan sudah tersedia, di beri label dan sesuai dengan penanda identitas pasien. Menunggu sampai pada saat proses *time-out* untuk melengkapi proses verifikasi praoperasi dapat menyebabkan penundaan yang tidak perlu. Beberapa proses verifikasi praoperasi dapat dilakukan lebih dari sekali dan tidak hanya di satu tempat saja. Misalnya persetujuan tindakan bedah dapat diambil di ruang periksa dokter spesialis bedah dan verifikasi kelengkapannya dapat dilakukan di area tunggu praoperasi.

d. Penandaan Lokasi

Penandaan sisi operasi dilakukan dengan melibatkan pasien serta dengan tanda yang tidak memiliki arti ganda serta segera dapat dikenali. Tanda tersebut harus digunakan secara konsisten di dalam rumah sakit; dan harus dibuat oleh PPA yang akan melakukan tindakan; harus dibuat saat pasien terjaga dan sadar jika memungkinkan, dan harus terlihat sampai pasien disiapkan. Penandaan sisi operasi hanya ditandai pada semua kasus yang memiliki dua sisi kiri dan kanan (*lateralisasi*), struktur multipel (jari tangan, jari kaki, lesi), atau multiple level (tulang belakang).

Penandaan lokasi operasi harus melibatkan pasien dan dilakukan dengan tanda yang langsung dapat dikenali dan tidak bermakna ganda. Tanda "X" tidak digunakan sebagai penanda

karena dapat diartikan sebagai "bukan di sini" atau "salah sisi" serta dapat berpotensi menyebabkan kesalahan dalam penandaan lokasi operasi. Tanda yang dibuat harus seragam dan konsisten digunakan di rumah sakit. Dalam semua kasus yang melibatkan lateralitas, struktur ganda (jari tangan, jari kaki, lesi), atau tingkatan berlapis (tulang belakang), lokasi operasi harus ditandai.

Penandaan lokasi tindakan operasi/invasif dilakukan oleh PPA yang akan melakukan tindakan tersebut. PPA tersebut akan melakukan seluruh prosedur operasi/invasif dan tetap berada dengan pasien selama tindakan berlangsung. Pada tindakan operasi, DPJP bedah pada umumnya yang akan melakukan operasi dan kemudian melakukan penandaan lokasi.. Untuk tindakan invasif non-operasi, penandaan dapat dilakukan oleh dokter yang akan melakukan tindakan, dan dapat dilakukan di area di luar area kamar operasi. Terdapat situasi di mana peserta didik (trainee) dapat melakukan penandaan lokasi, misalnya ketika peserta didik akan melakukan keseluruhan tindakan, tidak memerlukan supervisi atau memerlukan supervisi minimal dari operator/dokter penanggung jawab. Pada situasi tersebut, peserta didik dapat menandai lokasi operasi. Ketika seorang peserta didik menjadi asisten dari operator/dokter penanggung jawab, hanya operator/dokter penanggung jawab yang dapat melakukan penandaan lokasi. Penandaan lokasi dapat terjadi kapan saja sebelum tindakan operasi/invasif selama pasien terlibat secara aktif dalam proses penandaan lokasi jika memungkinkan dan tanda tersebut harus tetap dapat terlihat walaupun setelah pasien dipersiapkan dan telah ditutup kain. Contoh keadaan di mana partisipasi pasien tidak memungkinkan meliputi : kasus di mana pasien tidak kompeten untuk membuat keputusan perawatan, pasien anak, dan pasien yang memerlukan operasi darurat.

e. *Time-Out*

Time-out dilakukan sesaat sebelum tindakan dimulai dan dihadiri semua anggota tim yang akan melaksanakan tindakan operasi. Selama time-out, tim menyetujui komponen sebagai berikut:

- 1) Benar identitas pasien.
- 2) Benar prosedur yang akan dilakukan.
- 3) Benar sisi operasi/tindakan invasif.

Time-out dilakukan di tempat di mana tindakan akan dilakukan dan melibatkan secara aktif seluruh tim bedah. Pasien tidak berpartisipasi dalam time-out. Keseluruhan proses time-out didokumentasikan dan meliputi tanggal serta jam time-out selesai. Rumah sakit menentukan bagaimana proses time-out didokumentasikan.

f. *Sign-Out*

Sign out yang dilakukan di area tempat tindakan berlangsung sebelum pasien meninggalkan ruangan. Pada umumnya, perawat sebagai anggota tim melakukan konfirmasi secara lisan untuk komponen sign-out sebagai berikut:

- 1) Nama tindakan operasi/invasif yang dicatat/ditulis.
- 2) Kelengkapan perhitungan instrumen, kasa dan jarum (bila ada).
- 3) Pelabelan spesimen (ketika terdapat spesimen selama proses sign-out, label dibacakan dengan jelas, meliputi nama pasien, tanggal lahir).
- 4) Masalah peralatan yang perlu ditangani (bila ada).

Rumah sakit dapat menggunakan Daftar tilik keselamatan operasi (*Surgical Safety Checklist* dari WHO terkini)

5) Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan

- a. Rumah sakit menerapkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) untuk menurunkan risiko infeksi terkait layanan kesehatan.

b. Maksud dan Tujuan

Pencegahan dan pengendalian infeksi merupakan tantangan praktisi dalam tatanan pelayanan kesehatan, dan peningkatan biaya untuk mengatasi infeksi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan merupakan hal yang sangat membebani pasien serta profesional pemberi asuhan (PPA) pada pelayanan kesehatan. Infeksi umumnya dijumpai dalam semua bentuk pelayanan kesehatan termasuk infeksi saluran kemih-terkait kateter, infeksi aliran darah (*blood stream infections*) dan pneumonia (sering kali dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Kegiatan utama dari upaya eliminasi infeksi ini maupun infeksi lainnya adalah dengan melakukan tindakan cuci tangan (*hand hygiene*) yang tepat. Pedoman *hand hygiene* yang berlaku secara internasional dapat diperoleh di situs web WHO. Rumah sakit harus memiliki proses kolaboratif untuk mengembangkan kebijakan dan/atau prosedur yang menyesuaikan atau mengadopsi pedoman *hand hygiene* yang diterima secara luas untuk implementasinya di rumah sakit.

6) Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Jatuh

a. Rumah sakit menerapkan proses untuk mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh di rawat jalan.

b. Standar

Rumah sakit menerapkan proses untuk mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh di rawat inap.

Risiko jatuh pada pasien rawat jalan berhubungan dengan kondisi pasien, situasi, dan/atau lokasi di rumah sakit. Di unit rawat jalan, dilakukan skrining risiko jatuh pada pasien dengan kondisi, diagnosis, situasi, dan/atau lokasi yang menyebabkan risiko jatuh. Jika hasil skrining pasien berisiko jatuh, maka harus dilakukan intervensi untuk mengurangi risiko jatuh pasien tersebut. Skrining risiko jatuh di rawat jalan meliputi:

- 1) kondisi pasien misalnya pasien geriatri, dizziness, vertigo, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, penggunaan obat, sedasi, status kesadaran dan atau kejiwaan, konsumsi alkohol.
- 2) diagnosis, misalnya pasien dengan diagnosis penyakit Parkinson.
- 3) situasi misalnya pasien yang mendapatkan sedasi atau pasien dengan riwayat tirah baring/perawatan yang lama yang akan dipindahkan untuk pemeriksaan penunjang dari ambulans, perubahan posisi akan meningkatkan risiko jatuh.
- 4) lokasi misalnya area-area yang berisiko pasien jatuh, yaitu tangga, area yang penerangannya kurang atau mempunyai unit pelayanan dengan peralatan *parallel bars*, *freestanding staircases* seperti unit rehabilitasi medis. Ketika suatu lokasi tertentu diidentifikasi sebagai area risiko tinggi yang lebih rumah sakit dapat menentukan bahwa semua pasien yang mengunjungi lokasi tersebut akan dianggap berisiko jatuh dan menerapkan langkah-langkah untuk mengurangi risiko jatuh yang berlaku untuk semua pasien.

Skrining umumnya berupa evaluasi sederhana meliputi pertanyaan dengan jawaban sederhana: ya/tidak, atau metode lain meliputi pemberian nilai/skor untuk setiap respons pasien. Rumah sakit dapat menentukan bagaimana proses skrining dilakukan. Misalnya skrining dapat dilakukan oleh petugas registrasi, atau pasien dapat melakukan skrining secara mandiri, seperti di anjungan mandiri untuk skrining di unit rawat jalan.

Contoh pertanyaan skrining sederhana dapat meliputi:

- 1) Apakah Anda merasa tidak stabil ketika berdiri atau berjalan?;
- 2) Apakah Anda khawatir akan jatuh?;
- 3) Apakah Anda pernah jatuh dalam setahun terakhir?

Rumah sakit dapat menentukan pasien rawat jalan mana yang akan dilakukan skrining risiko jatuh. Misalnya, semua pasien di unit rehabilitasi medis, semua pasien dalam perawatan lama/tirah baring lama datang dengan ambulans untuk pemeriksaan rawat jalan, pasien yang dijadwalkan untuk operasi rawat jalan dengan tindakan anestesi atau sedasi, pasien dengan gangguan keseimbangan, pasien dengan gangguan penglihatan, pasien anak di bawah usia 2 (dua) tahun, dan seterusnya.

Untuk semua pasien rawat inap baik dewasa maupun anak harus dilakukan pengkajian risiko jatuh menggunakan metode pengkajian yang baku sesuai ketentuan rumah sakit. Kriteria risiko jatuh dan intervensi yang dilakukan harus didokumentasikan dalam rekam medis pasien. Pasien yang sebelumnya risiko rendah jatuh dapat meningkat risikonya secara mendadak menjadi risiko tinggi jatuh. Perubahan risiko ini dapat diakibatkan, namun tidak terbatas pada tindakan pembedahan dan/atau anestesi, perubahan mendadak pada kondisi pasien, dan penyesuaian obat-obatan yang diberikan sehingga pasien memerlukan pengkajian ulang jatuh selama dirawat inap dan paska pembedahan.

D. TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN

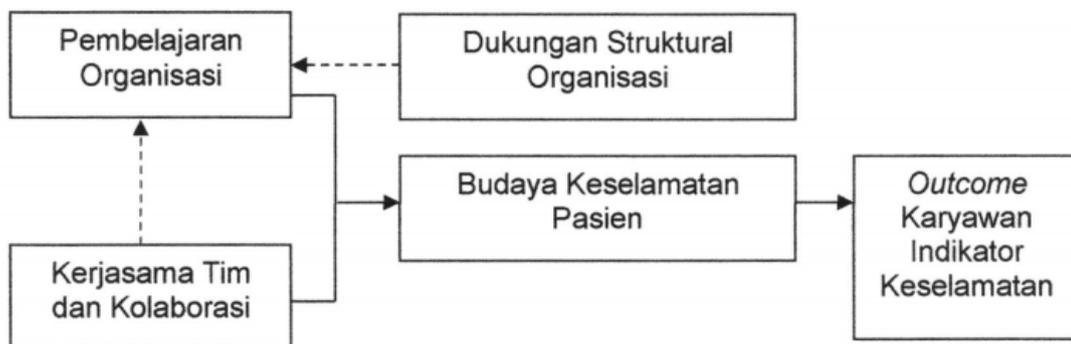
Sangat penting bagi staf fasilitas pelayanan kesehatan untuk dapat menilai kemajuan yang telah dicapai dalam memberikan asuhan yang lebih aman. Dengan tujuh langkah menuju keselamatan pasien Fasilitas pelayanan Kesehatan dapat memperbaiki keselamatan pasien, melalui perencanaan kegiatan dan pengukuran kinerjanya. Melaksanakan tujuh langkah ini akan membantu memastikan bahwa asuhan yang diberikan seaman mungkin, dan jika terjadi sesuatu hal yang tidak benar bisa segera diambil tindakan yang tepat. Tujuh langkah ini juga bisa membantu Fasilitas pelayanan Kesehatan mencapai sasaran-sasarannya untuk Tata Kelola Klinik, Manajemen Risiko, dan Pengendalian Mutu.

Tujuh langkah menuju keselamatan pasien terdiri dari :

1. Membangun kesadaran akan nilai Keselamatan Pasien.
Ciptakan budaya adil dan terbuka
2. Memimpin dan mendukung staf.
Tegakkan fokus yang kuat dan jelas tentang keselamatan pasien di seluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan anda.
3. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko
Bangun system dan proses untuk mengelola risiko dan mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan

4. Mengembangkan sistem pelaporan
Pastikan staf anda mudah untuk melaporkan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional).
5. Melibatkan dan berkomunikasi dengan pasien.
Kembangkan cara-cara berkomunikasi cara terbuka dan mendengarkan pasien.
6. Belajar dan berbagi pengalaman tentang Keselamatan Pasien
Dorong staf untuk menggunakan analisa akar masalah guna pembelajaran tentang bagaimana dan mengapa terjadi insiden
7. mencegah cedera melalui implementasi sistem Keselamatan pasien.
8. Pembelajaran lewat perubahan-perubahan didalam praktek, proses atau sistem. Untuk sistem yang sangat kompleks seperti Fasilitas pelayanan Kesehatan untuk mencapai hal-hal di atas dibutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama.

Kerangka Budaya Keselamatan Pasien



Gambar . Kerangka Budaya Keselamatan Pasien

BAB III

TATA LAKSANA

A. TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN

Mengacu kepada Standar Keselamatan Pasien, maka RSUD dr. R. Soeprapto Cepu mendesign (merancang) proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden keselamatan pasien dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja.

Proses perancangan tersebut mengacu pada Visi, Misi dan Tujuan RSUD dr. R. Soeprapto Cepu, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat dan faktor-faktor lain yang berpotensi risiko bagi pasien sesuai dengan "Tujuh Langkah Keselamatan Pasien Rumah Sakit".

Berkaitan dengan hal tersebut diatas maka perlu ada kejelasan perihal tujuh langkah keselamatan pasien tersebut.

"Tujuh Langkah Keselamatan Pasien Rumah Sakit".

Tabel. 1. Langkah Bangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien di RSUD dr. R. Soeprapto Cepu (Ciptakan budaya yang terbuka dan adil)

No	Satuan Kerja	Langkah Penerapan
1	RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU	Memastikan memiliki kebijakan yang menjabarkan apa yang harus dilakukan staf segera setelah terjadi insiden, bagaimana langkah- langkah pengumpulan fakta harus dilakukan dan dukungan apa yang harus diberikan kepada staf, pasien dan keluarga.
		Memastikan RSUD dr. R. Soeprapto Cepu memiliki Kebijakan yang menjabarkan bilamana ada insiden
		Menumbuhkan Budaya Pelaporan dan belajar dari insiden yang terjadi di RSUD dr. R. Soeprapto Cepu
		Melakukan Assesmen dengan menggunakan survey penilaian keselamatan pasien

2	KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN SATUAN KERJA TERKAIT	Memastikan seluruh karyawan mampu berbicara mengenai kepedulian mereka dan berani melaporkan bilamana ada insiden
		Mendemonstrasikan kepada seluruh satuan kerja tentang ukuran-ukuran yang dipakai RSUD dr. R. Soeprapto Cepu untuk memastikan semua laporan dibuat secara terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan/ solusi yang tepat.

Tabel.2. Langkah Pimpin dan Dukung Staf anda RSUD dr. R. Soeprapto Cepu.
(Membangun komitmen tentang Keselamatan Pasien)

No	Satuan Kerja	Langkah Penerapan
1	RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU	Memastikan ada Pimpinan yang bertanggung jawab atas keselamatan Pasien
		Mengidentifikasi di tiap satuan kerja orang-orang yang diandalkan menjadi "Penggerak" dalam Gerakan Keselamatan Pasien
		Memprioritaskan Keselamatan Pasien dalam agenda rapat Pimpinan maupun rapat-rapat manajemen RSUD dr. R. Soeprapto Cepu
		Memasukkan Keselamatan Pasien dalam semua program latihan staf RSUD dr. R. Soeprapto Cepu dan memastikan pelatihan tersebut
2	KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN SATUAN KERJA TERKAIT	Menominasikan "Champions" di masing-masing Satuan Kerja untuk memimpin Gerakan Keselamatan Pasien di Satuan Kerja masing-masing.
		Menjelaskan kepada seluruh anggota Komite Mutu dan Keselamatan Pasien serta "Penggerak" tentang relevansi dan pentingnya

	serta manfaat bagi mereka dengan menjalankan Gerakan Keselamatan Pasien
	Menumbuhkan sikap kesatria dan menghargai pelaporan insiden

Tabel.3. Langkah Integrasikan AktifitasPengelolaan Risiko (Mengembangkan Sistem dan Proses Pengelolaan Risiko)

NO	Satuan Kerja	Langkah Penerapan
1	RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU	Menelaah kembali struktur dan proses yang ada dalam manajemen risiko klinis dan non klinis serta memastikan hal tersebut mencakup terintegrasi dengan Keselamatan Pasien dan Staf.
		Mengembangkan indikator- indikator kinerja bagi sistem pengelolaan yang dapat dimonitor oleh Direksi/Pimpinan RSUD dr. R. Soeprapto Cepu.Menggunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan assesmen risiko untuk dapat secara proaktif meningkatkan kepedulian terhadap pasien.
		Memprioritaskan Keselamatan Pasien dalam agenda Rapat Pimpinan maupun rapat-rapat manajemen RSUD dr. R. Soeprapto Cepu
2	KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN SATUAN KERJA TERKAIT	Membentuk forum-forum dalam RSUD dr. R. Soeprapto Cepu untuk mendiskusikan isu-isu Keselamatan Pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen
		Memastikan ada penilaian risiko pada individu pasien dalam proses assesmen risiko RSUD dr. R. Soeprapto Cepu.
		Melakukan proses assesmen risiko secara teratur untuk menentukan aksetabilitas setiap

		risiko dan mengambil langkah• langkah yang tepat untuk memperkecil risiko tersebut.
		Memastikan penilaian risiko tersebut disampaikan sebagai masukan proses assesmen dan pencatatan risiko RSUD dr. R. Soeprapto Cepu

Tabel. 4. Langkah Kembangkan Sistem Pelaporan (Staf di RSUD dr. R. Soeprapto Cepu melaporkan kejadian/ insiden)		
NO	Satuan Kerja	Langkah Penerapan
1	RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU	Melengkapi rencana implementasi sistem pelaporan insiden ke dalam maupun ke luar yang harus dilaporkan ke KKPRS-PERSI
2	KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN SATUAN KERJA TERKAIT	Memberikan semangat kepada seluruh staf dan rekan kerja untuk secara aktif melaporkan setiap insiden yang terjadi dan insiden yang telah dicegah tetapi tetap terjadi juga, karena mengandung bahan pelajaran yang penting. meningkatkan kepedulian terhadap pasien.

Tabel.5. Langkah Libatkan dan Berkomunikasi dengan Pasien (Mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien)		
NO	Satuan Kerja	Langkah Penerapan
1	RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU	Memastikan RSUD dr. R. Soeprapto Cepu memiliki kebijakan yang secara jelas menjabarkan cara-cara komunikasi terbuka selama proses asuhan tentang insiden dengan para pasien dan keluarganya terintegrasi dengan Keselamatan Pasien dan Staf.

		Memastikan pasien dan keluarga mereka mendapat informasi yang benar dan jelas bilamana terjadi insiden.
		Memberikan dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada
2	KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN SATUAN KERJA TERKAIT	Memastikan anggota Komite Mutu dan Keselamatan Pasien serta "Champions" menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila terjadi insiden
		Memprioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bilamana terjadi insiden dan segera memberikan kepada mereka informasi yang jelas dan benar secara tepat.
		Memastikan, segera setelah kejadian, KMKP dan "Penggerak" menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya.

Tabel.6. Langkah Belajar dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien (Staf RSUD dr. R. Soeprapto Cepu melakukan analisis akar masalah)

NO	Satuan Kerja	Langkah Penerapan
1	RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU	Memastikan staf dan satuan kerja terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab.
		Mengembangkan Kebijakan yang menjabarkan dengan jelas kriteria pelaksanaan Analisa Akar Masalah (Root Cause Analysis/RCA) yang mencakup insiden yang terjadi.
2	KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN SATUAN KERJA TERKAIT	Mendiskusikan bersama Komite Mutu dan Keselamatan Pasien serta Satuan Kerja terkait tentang pengalaman dari hasil analisis insiden.

	Mengidentifikasi satuan kerja lain yang mungkin terkena dampak di masa depan dan membagi pengalaman tersebut secara lebih luas
--	--

Tabel.7. Langkah Cegah Cedera melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien (Menggunakan informasi yang ada tentang proses pelayanan untuk melakukan perubahan/ redesign)

NO	Satuan Kerja	Langkah Penerapan
1	RSUD dr. R. SOEPRAPTO CEPU	Menggunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, assesmen risiko, kajian insiden dan audit serta analisis untuk menentukan solusi setempat.
		Solusi tersebut mencakup penjabaran ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan/atau kegiatan klinis, termasuk penggunaan instrument yang menjamin keselamatan pasien
		Melakukan assesmen risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan.
		Mensosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh (KKP-RS) PERSI
		Memberi umpan balik kepada Staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden yang dilaporkan
		Minimum satu kali pertahun melakukan <i>Failure Modes and Effect</i>
2	KOMITE MUTU DAN KESELAMATAN PASIEN SATUAN KERJA TERKAIT	Melibatkan anggota Komite Mutu dan Keselamatan Pasien serta "Champions" dalam mengembangkan berbagai cara untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman.
		Menelaah kembali perubahan-perubahan yang dibuat KMKP dan memastikan elaksanaannya

	Memastikan KMKP dan Para Penggerak menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan
--	---

B. PENERAPAN 12 DIMENSI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Dimensi dalam budaya keselamatan pasien yaitu (Serra *et al.*, 2016):

1. Keterbukaan komunikasi
2. *Feedback* dan komunikasi tentang kesalahan yang terjadi
3. Frekuensi pelaporan kejadian
4. *Handoff* dan transisi
5. Dukungan organisasi untuk keselamatan pasien
6. *Nonpunitive respon to error/respon* tidak menghakimi pada kesalahan yang dilakukan
7. *Organizational learning* - pembelajaran berkelanjutan
8. Persepsi keseluruhan mengenai keselamatan pasien
9. Staf yang cukup.
10. *Supervisor* harapan manajer dan tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan keselamatan pasien
11. Kerjasama lintas unit
12. Kerjasama antar unit/dalam unit

C. MELAKUKAN MONITORING DAN EVALUASI BUDAYA KESELAMATAN

PASIEN

1. MONITORING DAN EVALUASI DILAKUKAN OLEH KOMITE MUTU
 - a. Monitoring 6 sasaran keselamatan pasien menggunakan indikator mutu yang mana pengambilan data dilakukan oleh petugas pengambil data mutu unit, yang kemudian dimasukkan dalam SIDOKAR
 - b. Monitoring tujuh langkah menuju keselamatan pasien dan 12 dimensi keselamatan pasien dengan menggunakan survey pada seluruh ruang lingkup penerapan budaya keselamatan pasien
 - c. Petugas penyiapan kebutuhan survey adalah komite Mutu dan keselamatan pasien
 - d. Petugas monitoring /survey adalah penanggung jawab pengambil data di setiap unit
 - e. Petugas analisa data adalah komite mutu dan keselamatan pasien

- f. Petugas pembuat laporan pelaksanaan kegiatan komite mutu dan keselamatan pasien
- g. Survey Budaya keselamatan pasien menggunakan Kuesioner dari HSOPC (*Hospital Survey on Patient Safety Culture*) yang dikembangkan oleh AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) 2016. dan disesuaikan dengan kondisi rumah Sakit umum dr Soeprapto Cepu.

2. WAKTU PELAKSANAAN

- a. Pelaksanaan monitoring 6 sasaran keselamatan pasien dilakukan setiap hari (data dimasukkan ke sismadak) dan data direkap setiap bulan
- b. Pelaksanaan monitoring 7 langkah dan 12 dimensi budaya keselamatan pasien menggunakan survey dilakukan 1 tahun sekali
- c. Sebelum dilakukan survey dilakukan Sosialisasi pelaksanaan survey dan Waktu Pelaksanaan survey dilakukan dalam waktu 2 minggu
- d. Tabulasi dan analisa hasil survey dilakukan dalam waktu 2 minggu
- e. Pembuatan laporan pelaksanaan survey dalam waktu 1 minggu

D. MELAKUKAN ANALISA

- a. Analisa 6 sasaran keselamatan pasien dilakukan setiap 3 bulan
- b. Analisa 12 dimensi budaya keselamatan pasien, dilakukan setiap dimensi budaya Keselamatan pasien
- c. Analisa dibuat menggunakan grafik
- d. Hasil pengumpulan data dan analisa dilaporkan pada pimpinan/direktur rumah sakit

E. MELAKUKAN TINDAK LANJUT PERBAIKAN

Data yang telah dianalisa , apabila sudah baik dipertahankan atau ditingkatkan , namun apabila masih kurang dilakukan upaya perbaikan .

BAB IV

A. PENCATATAN

1. Kegiatan Survey budaya keselamatan pasien
Kegiatan survey budaya keselamatan pasien menggunakan kuisisioner 12 dimensi budaya keselamatan, yang mana form untuk kuisisioner terdapat dalam lampiran
2. Pencatatan capaian indikator sasaran keselamatan pasien
Formulir Pengumpulan data indikator keselamatan pasien terdapat dalam lampiran dan data dimasukkan dalam sismadak
3. Pencatatan laporan insiden keselamatan pasien
Pencatatan laporan insiden keselamatan pasien menggunakan formulir yang terdapat dalam panduan pelaporan insiden keselamatan pasien

B. PELAPORAN

1. Pelaporan kegiatan survey budaya keselamatan pasien dilaporkan pada direktur RSUD dr soeprapto Cepu untuk di tindak lanjuti
2. Pelaporan digunakan untuk mengevaluasi sejauh mana budaya keselamatan pasien diterapkan di Rumah Sakit Umum dr Soeprapto Cepu

LAMPIRAN

KUESIONER SURVEY BUDAYA KESELAMATAN PASIEN
RSUD dr.R.S0EPRAPTO CEPU BLORA

Survei Rumah Sakit Tentang Keselamatan Pasien



(Versi 2.0)

Bahasa: Indonesia

Survei Rumah Sakit Tentang Keselamatan Pasien
(Versi 2.0)

Survey Rumah Sakit tentang Keselamatan Pasien
Hospital Survey on Patient Safety (HSOPS) (Version 2.)

Instruksi

Instruksi

Survei ini menanyakan pendapat Anda tentang masalah keselamatan pasien, kesalahan medis, dan pelaporan insiden di rumah sakit Anda dan akan memakan waktu sekitar 10-15 menit untuk menyelesaikannya. Jika sebuah pertanyaan tidak berlaku untuk Anda atau rumah sakit Anda atau Anda tidak tahu jawabannya, silakan pilih "Tidak Berlaku atau Tidak Tahu."

* "**Keselamatan pasien**" didefinisikan sebagai menghindari dan mencegah cedera pasien atau KTD akibat proses pelayanan kesehatan.
* "**Kejadian Keselamatan pasien (insiden)**" didefinisikan sebagai segala jenis kesalahan atau insiden yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan, terlepas dari apakah hal itu menyebabkan cedera atau tidak pada pasien.

Posisi Staf Anda

1. **Ada posisi** Anda di rumah sakit ini ?
Pilih **SATU** jawaban !

Perawat

- 1 Perawat Praktek Lanjutan (NP, CRNA,
- 2 Perawat Kejuruan Berlisensi (LVN),
Perawat Praktis Berlisensi (LPN)
- 3 Pembantu Perawat Pasien.

- 4 Perawat Rumah Sakit, Asisten Perawat
Pembantu Rumah Sakit, Asisten Perawat
Perawat Terdaftar (RN)

Tenaga Medis

- 5 Asisten Dokter
- 6 Penduduk, Magang
- 7 Dokter, Hadir, Rumah Sakit

Tenaga Klinis Lainnya

- 8 Diet
- 9 Apoteker, Teknisi Farmasi
- 10 Fisik, Pekerjaan, atau Terapis Bicara
- 11 Psikolog
- 12 Terapis Pernapasan
- 13 Pekerja Sosial
- 14 Teknologi, Teknisi (mis : EKG, Lab,
Radiologi)

Supervisor, Manajer, Pemimpin Klinis, Pemimpin Senior

- 15 Supervisor, Manajer, Manajer Departemen, Pemimpin
Klinis, Administrator, Direktur
- 16 Pemimpin Senior, Eksekutif, C-Suite

Penunjang

- 17 Fasilitas
- 18 Layanan Makanan
- 19 Tata graha, Layanan Lingkungan
- 20 Teknologi Informasi, Layanan Informasi Kesehatan,
Informatika Klinis
- 21 Keamanan
- 22 Transporter
- 23 Petugas Unit, Sekretaris, Resepsionis, Staf Kantor

Lain-lain

- 24 Lainnya, sebutkan :

Unit / Area Kerja Anda

2 Pikirkan "unit" Anda sebagai area kerja, departemen, atau area klinis rumah sakit tempat Anda menghabiskan sebagian besar waktu kerja Anda. Apa unit utama atau area kerja Anda di rumah sakit ini ?

Pilih SATU jawaban.

Multiple Unit, Tidak ada unit Khusus

- 1 Banyak unit yang berbeda. Tidak ada unit khusus

Unit Medis / Bedah

- 2 Unit Medis & Bedah Digabung
 3 Unit Medis
 4 Unit Bedah

Unit Perawatan Pasien

- 5 Kardiologi
 6 IGD
 7 Gastroenterologi
 8 ICU
 9 Obstetri & Ginekologi
 10 Onkologi, Hematologi
 11 Pediatri (termasuk NICU, PICU)
 12 Psikiatri
 13 Pulmonologi
 14 Rehabilitasi
 15 Telemetri

Layanan Bedah

- 16 Anestesiologi
 17 Endoskopi, Kolonoskopi
 18 Kamar operasi, termasuk RR

Penunjang Klinis

- 19 Patologi, Lab
 20 Farmasi
 21 Radiologi
 22 Respiratory Therapy
 23 Layanan Sosial, Case Manager, Discharge planning

Manajemen / Administrasi

- 24 Administrasi, Manajemen
 25 Keuangan, Billing
 26 SDM, Diklat
 27 Bagian IT
 28 Komite Mutu (PM, KP, RM)

Penunjang

- 29 Admission / Pendaftaran
 30 Gizi
 31 Housekeeping, Rumah tangga, Lingkungan
 32 Security
 33 Transportasi

Lain

- 34 Lainnya, sebutkan :

BAGIAN A : Unit / Area Kerja Anda

Berapa banyak Anda setuju atau tidak setuju dengan pernyataan berikut tentang unit / area kerja Anda ?

Kata Negatif	Pikirkan tentang unit / rea kerja Anda :	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Ragu-ragu (antara setuju & tidak setuju)	Setuju	Sangat setuju	Tidak Berlaku atau Tidak Tahu
		▼	▼	▼	▼	▼	
•A3 •A5 •A6 •A9 •A11 •A13 •A14	1 Di unit ini, kami bekerja bersama sebagai tim yang efektif	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	2 Di unit ini, kami memiliki staf yang cukup untuk Menangani beban kerja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	3 Staff di unit ini bekerja lebih lama untuk memberikan perawatan pasien yang terbaik	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	4 Unit ini secara berkala meninjau proses kerja untuk menentukan apakah perlu perubahan untuk meningkatkan keselamatan pasien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	5 Unit ini terlalu mengandalkan pada staf sementara. (Kontrak ? honorer ?)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	6 Di unit ini, staf merasa bahwa kesalahan mereka digunakan untuk menghukum mereka (<i>in this unit, staff reel like their mistakes are held against them</i>)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	7 Ketika insiden dilaporkan di unit ini, sepertinya yang dicatat orangnya, bukan masalahnya.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	8 Jika waktu sibuk (banyak pasien), staf di unit ini saling membantu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	9 Mereka yang bekerja di unit ini ada masalah terkait Perilaku tidak sopan	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	10 Ketika staf membuat kesalahan, di unit ini fokus pada pembelajaran daripada menyalahgunakan individu	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	11 Di unit ini bekerja tergesa-gesa sehingga berdampak negatif terhadap keselamatan pasien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	12 Di unit ini, perubahan untuk meningkatkan keselamatan pasien dievaluasi untuk melihat seberapa baik mereka bekerja	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	13 Di unit ini, kurang mendapat dukungan untuk staf yang terlibat dalam insiden keselamatan pasien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	14 Unit ini membiarkan masalah keselamatan pasien yang sama terjadi lagi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

BAGIAN B : Supervisor, Manajer, atau Pemimpin Klinis Anda

Berapa banyak Anda setuju atau tidak setuju dengan pernyataan berikut tentang atasan langsung Anda, manajer, atau pemimpin klinis ?

Kata Negatif	Pikirkan tentang unit / rea kerja Anda :	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Ragu-ragu (antara setuju & tidak setuju)	Setuju	Sangat setuju	Tidak Berlaku atau Tidak Tahu
		▼	▼	▼	▼	▼	
•B2	1 Atasan, manajer, atau pemimpin klinis saya dengan serius mempertimbangkan saran staf untuk meningkatkan keselamatan pasien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	2 Atasan, manajer, atau pemimpin klinis saya ingin agar kami bekerja lebih cepat di saat sibuk, walaupun harus mengambil jalan pintas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	3 Atasan, manajer, atau pemimpin klinis saya melakukan tindakan untuk mengatasi masalah keselamatan pasien yang menjadi perhatian mereka	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

BAGIAN C : Komunikasi

Seberapa sering hal-hal berikut terjadi di unit / area kerja Anda ?

Pikirkan tentang unit / area kerja anda :		Tidak pernah	Jarang	Terkadang	Sebagian besar waktu	Selalu	Does Not Apply for Don't Know
Kata Negatif •C7	1 Kami diberitahu tentang kesalahan yang terjadi di unit ini	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	2 Ketika kesalahan terjadi di unit ini, kami membahas bagaimana cara untuk mencegah terulang kembali	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	3 Di unit ini, kami diberitahu tentang perubahan yang dibuat berdasarkan laporan insiden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	4 Di unit ini, Anda akan berbicara jika mereka melihat sesuatu yang dapat memengaruhi perawatan pasien secara negatif	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	5 Saat staf di unit ini melihat seseorang dengan kewenangan yang lebih (<i>someone with more authority</i>) melakukan sesuatu yang tidak aman bagi pasien, maka staf berani mengingatkan (<i>speak up</i>)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	6 Ketika staf di unit ini mengingatkan, mereka yang memiliki kewenangan lebih terbuka terhadap masalah keselamatan pasien mereka	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
	7 Di unit ini, karyawan takut mengajukan pertanyaan ketika ada yang tidak benar terjadi	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

SECTION C : Communication

How often do the following things happen in your unit/work area ?

Think about your unit/work area :	Never	Rarely	Sometimes	Most of the time	Always	Does Not Apply for Don't Know
1. We are informed about errors that happen in this unit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. When errors happen in this unit, we discuss ways to prevent them from happening again	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. In this unit, we are informed about changes that are made based on event reports	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. In this unit, staff speak up if they see something that may negatively affect patient care	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. When staff in this unit see someone with more authority doing something unsafe for patients, they speak up	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. When staff in this unit speak up, those with more authority are open to their patient safety concerns	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
7. In this unit, staff are afraid to ask questions when something does not seem right	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

BAGIAN D : Melaporkan Insiden Keselamatan Pasien

Pikirkan tentang unit / area kerja Anda :	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Ragu-ragu (antara setuju & tidak setuju)	Setuju	Sangat setuju	Tidak Berlaku atau Tidak Tahu
1 Ketika insiden kesalahan diketahui <u>dan diperbaiki sebelum mengenai / menimpa pasien</u> , seberapa sering ini dilaporkan ? (KNC)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Ketika insiden / kesalahan sudah <u>mengenai / menimpa</u> pasien <u>tetapi tidak mencederai pasien</u> , seberapa sering ini dilaporkan ? (KTC)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Dalam 12 bulan terakhir, berapa banyak insiden keselamatan pasien yang telah Anda laporkan ? <input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/> a. Tidak ada						
<input type="checkbox"/> b. 1 hingga 2						
<input type="checkbox"/> c. 3 hingga 5						
<input type="checkbox"/> d. 6 hingga 10						
<input type="checkbox"/> e. 11 atau lebih						

SECTION D : Reporting Patient Safety Events

Think about your unit/work area :	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼	Does Not Apply for Don't Know ▼
1. When a mistake is <u>caught and corrected</u> <u>before reaching the patient</u> , how often is this reported ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. When a mistake reaches the patient and could <u>have harmed the patient, but did not</u> , how often is this reported ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. <u>In this past 12 months</u> , how many patient safety events have <u>you</u> reported ?						
<input type="checkbox"/> a. None						
<input type="checkbox"/> b. 1 to 2						
<input type="checkbox"/> c. 3 to 5						
<input type="checkbox"/> d. 6 to 10						
<input type="checkbox"/> e. 11 or more						

BAGIAN F : Rumah Sakit Anda

Berapa banyak Anda setuju atau tidak setuju dengan pernyataan berikut tentang rumah sakit Anda ?

Memikirkan tentang rumah sakit Anda :	Sangat tidak setuju ▼	Tidak setuju ▼	Ragu- ragu (antara setuju & tidak setuju) ▼	Setuju ▼	Sangat setuju ▼	Tidak Berlaku atau Tidak Tahu ▼
1. Tindakan manajemen RS menunjukkan bahwa Keselamatan pasien adalah prioritas utama	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
2. Manajemen RS menyediakan sumber daya yang memadai untuk meningkatkan keselamatan pasien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
3. Manajemen RS tampaknya tertarik pada keselamatan pasien hanya setelah terjadi insiden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
4. Ketika transfer pasien dari satu unit ke unit lain, informasi penting sering tidak tersampaikan	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
5. Selama perubahan shift, informasi perawatan pasien yang penting sering tidak tersampaikan	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9
6. Selama perubahan shift, ada waktu yang cukup Adekuat untuk bertukar semua informasi penting Perawatan pasien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 9

Kata
Negatif

- F3
- F4
- F5

BAGIAN G : Latar belakang Pertanyaan

1. Berapa lama Anda bekerja di rumah sakit ini ?
 - a. Kurang dari 1 tahun
 - b. 1 hingga 5 tahun
 - c. 6 hingga 10 tahun
 - d. 6 tahun atau lebih
2. Di rumah sakit ini, berapa lama Anda bekerja di unit /area kerja Anda saat ini ?
 - a. Kurang dari 1 tahun
 - b. 1 hingga 5 tahun
 - c. 6 hingga 10 tahun
 - d. 6 tahun atau lebih
3. Biasanya, berapa jam per minggu Anda bekerja di rumah sakit ini ?
 - a. Kurang dari 30 jam per minggu
 - b. 30 hingga 40 jam per minggu
 - c. Lebih dari 40 jam per minggu
4. Dalam posisi staf Anda, apakah Anda biasanya memiliki interaksi langsung atau kontak dengan pasien?
 - a. YA, saya biasanya berinteraksi langsung atau kontak dengan pasien
 - b. TIDAK, saya biasanya TIDAK memiliki interaksi langsung atau kontak dengan pasien

BAGIAN H : Komentar Anda

Silahkan memberikan komentar tentang bagaimana hal-hal dilakukan atau bisa dilakukan di rumah sakit Anda yang dapat mempengaruhi keselamatan pasien.

Terima kasih telah menyelesaikan survei ini.

Cara Menghitung Persen Item Skor Positif untuk Item dengan Kata-kata Positif			
Item A1. Di unit ini, kami bekerja sama sebagai tim yang efektif. (Item dengan kata-kata positif)			
Tanggapan	Jumlah Tnggapan	Presentase Tanggapan	Presentase Gabungan
1=Sangat Tidak Setuju	10	10%	30% Negartif
2=Tidak Setuju	20	20%	
3=Netral	10	10%	10% Netral
4=Setuju	40	40%	60% Positif
5=Sangat Setuju	20	20%	
Total	100	100%	100%
9=Tidak belaku/Tidak Tahu	10	0	0
Blank= Hilang(Tidak Menjawab)	10	0	0
Jumlah Total Tanggapan	120	0	0

Cara Menghitung Persen Item Skor Positif untuk Item dengan Kata-kata Negatif

Item A9R. Ada Masalah dengan perilaku tidak sopan oleh mereka yang bekerja di unit ini. (dengan kata-kata Negatif)			
Tanggapan	Jumlah Tnggapan	Presentase Tanggapan	Presentase Gabungan
1=Sangat Tidak Setuju	10	10%	30% Positif
2=Tidak Setuju	20	20%	
3=Netral	10	10%	10% Netral
4=Setuju	40	40%	60% Negatif
5=Sangat Setuju	20	20%	
Total	100	100%	100%
9=Tidak belaku/Tidak Tahu	10	0	0
Blank= Hilang(Tidak Menjawab)	10	0	0
Jumlah Total Tanggapan	120	0	0

Tiga Hal yang mengukur Kerja Tim	Umtuk item dengan Kata-kata Positif, # dari Respon "sangat setuju" atau " Setuju"	Umtuk item dengan Kata-kata Negatif, # dari Respon "sangat Tidak setuju" atau " Tidak Setuju"	Total#Respon untuk item (tidak termasuk hilang tidak berlaku/ tidak Tahu)	Persen Respon Positif Untuk Item
Item A1-kata Positif: "Di unit ini,kami bekerja sama sebagai tim yang efektif"	185	NA	260	185/260=71%
Item A8-kata Positif: "Selama waktu sibuk,Staf di unit ini saling membantu."	160	NA	250	160/250=64%
Item A9-kata Positif: "Ada masalah dengan perilaku tidak sopan yang dilakukan oleh mereka yang bekerja diunit ini."	NA	188	250	188/250=75%
Presentasi Respons Positif rata-rata di 3 item=70%				

CARA MENGHITUNG ITEM DAN PERSEN SKOR POSITIF GABUNGAN

Empat item Mengukur Persepsi Keselamatan Secara keseluruhan	Umtuk item dengan Kata-kata Positif, # dari Respon "sangat setuju"	Umtuk item dengan Kata-kata Negatif, # dari Respon "sangat Tidak	Total#Respon untuk item (tidak termasuk hilang)	Persen Respon Positif Untuk Item
		Tidak		

	atau " Setuju"	setuju" atau " Tidak Setuju"		
Item A15-worded positif: "Keelamatan Pasien Tidak Pernah dikorbankan untuk menyelesaikan lebih banyak pekerjaan"	185	N/A	260	185/260=71%
Item A18-worded positif: "Proedur dan sisitem kai bagus dalam mencegah kesalahan terjadi"	160	N/A	250	160/250=64%
Item A10-worded Negatif: "hanya saja kesalahan yang lebih serius tidak terjadi di sekitar sini"	N/A	168	240	168/240=70%
Item A17-worded Negatif: "Kami memiliki masalah keselamatan pasien di unit"	N/A	188	250	188/250=75%
N/A= Not Applicable	Persentase tanggapan positif rata-rata=70%			
	71%+64%+70%=75%=280/4=70%			

ANALISA / PENILAIAN HASIL SURVEI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Umpan balik hasil survei agar didistribusi secara luas : Manajemen RS, Pemilik, Para Direktur, Komite2 di RS, Staf RS sampai ke unit2 pelaksana. Semakin luas penyebaran hasil survei ini semakin bermanfaat untuk keterlibatan seluruh staf RS dalam meningkatkan budaya keselamatan.

Yang dianalisa/dinilai adalah Bagian A (Dimensi Unit Kerja Anda), Bagian B (Dimensi Manajer/Supervisor/Ka. Instalasi Anda), Bagian C (Dimensi Komunikasi), Bagian D (Dimensi Frekuensi Pelaporan Insiden), Bagian E (Dimensi Level Keselamatan Pasien), sedangkan Bagian F (Dimensi RS Anda), Bagian G, Bagian H (Latar Belakang) digunakan sebagai data dari jenis latar belakang responden sebagai bahan pertimbangan.

Dua Macam Penilaian Hasil Survei

Bahwa hasil survei budaya keselamatan bisa dilihat/dianalisa/dinilai dari dua cara pandang :

1. Penilaian untuk tiap aspek/item dari satu Bagian/Dimensi.
2. Penilaian untuk seluruh kelompok item/aspek dalam satu Bagian/Dimensi.

❖ PENILAIAN TIAP ASPEK / ITEM :

Dihitung untuk tiap aspek/item berapa persen yang menjawab Sangat Tidak Setuju, Tidak Setuju, Kadang-Kadang, Setuju, Sangat Setuju.

Dapat diambil 3 kategori saja:

- a. Persentase yang sangat tidak setuju/ tidak setuju
- b. Netral (kadang-kadang)
- c. Sangat setuju/setuju

Umpan balik hasil survei agar didistribusi secara luas : Manajemen RS, Pemilik, Para Direktur, Komite2 di RS, Staf RS sampai ke unit2 pelaksana. Semakin luas penyebaran hasil survei ini semakin bermanfaat untuk keterlibatan seluruh staf RS dalam meningkatkan budaya keselamatan.

Yang dianalisa/dinilai adalah Bagian A (Dimensi Unit Kerja Anda), Bagian B (Dimensi Manajer/Supervisor/Ka. Instalasi Anda), Bagian C (Dimensi Komunikasi), Bagian D (Dimensi Frekuensi Pelaporan Insiden), Bagian E (Dimensi Level Keselamatan Pasien), sedangkan Bagian F (Dimensi RS Anda), Bagian G, Bagian H (Latar Belakang) digunakan sebagai data dari jenis latar belakang responden sebagai bahan pertimbangan.

Dua Macam Penilaian Hasil Survei

Bahwa hasil survei budaya keselamatan bisa dilihat/dianalisa/dinilai dari dua cara pandang :

1. Penilaian untuk tiap aspek/item dari satu Bagian/Dimensi.
2. Penilaian untuk seluruh kelompok item/aspek dalam satu Bagian/Dimensi.

❖ PENILAIAN TIAP ASPEK / ITEM :

Dihitung untuk tiap aspek/item berapa persen yang menjawab Sangat Tidak Setuju, Tidak Setuju, Kadang-Kadang, Setuju, Sangat Setuju.

Dapat diambil 3 kategori saja:

- a. Persentase yang sangat tidak setuju/ tidak setuju
- b. Netral (kadang-kadang)
- c. Sangat setuju/setuju

Contoh :

PENILAIAN TIAP ASPEK/ITEM	RESPON NEGATIF	NETRAL	RESPON POSITIF
ASPEK NO 1 BAGIAN A dari unit kerja anda	Sangat tidak setuju/tidak setuju	Netral /kadang-kadang	Sangat setuju/setuju
Karyawan diunit kami sangat mendukung	25	25	50

PENILAIAN UNTUK SATU BAGIAN (DIMENSI)

Satu bagian/dimensi terdiri dari kumpulan item/aspek menggambarkan dimensi dari Budaya Keselamatan. Dalam satu bagian/dimensi terdapat ada 2 macam item/aspek yaitu : aspek dengan pernyataan bersifat positif dan pernyataan yang bersifat negatif. Untuk pernyataan yang negatif jawaban responden dengan tidak setuju/sangat tidak setuju merupakan respon positif dan sebaliknya.

Cara menghitung :

Jumlah respon positif dalam satu bagian/dimensi

JUMLAH RESPON POSITIF DALAM SATU BAGIAN/DIMENSI

TOTAL JUMLAH RESPON(POSITIF,NETRAL,NEGATIVE)TIAP ASPEK

Hasil interpretasi

- Keselamatan pasien dikatakan baik jika mencapai 75% baik untuk item kata positif (sangat setuju dan setuju) maupun item kata negative (sangat tidak setuju dan tidak setuju)
- Area yang membutuhkan kata perbaikan jika <50% untuk item kata positif (sangat setuju dan setuju) maupun item kata negative (sangat tidak setuju dan tidak setuju)

Langkah-Langkah Perbaikan Hasil Survei Budaya

*Program perbaikan disusun untuk memperbaiki topik2 pada angket yang mendapat hasil yang negatif. Penyusunan dapat menggunakan 7 Langkah sebagai dasar.

Survey items	Topik Survei
<i>In this unit, we work together as an effective team</i>	Di unit ini, kami bekerja sama secara tim efektif (tidak setuju)

<i>This unit regularly reviews work processes to determine if changes are needed to improve patient safety</i>	Unit ini secara berkala meninjau proses kerja utk menentukan apakah diperlukan perubahan untuk meningkatkan keselamatan pasien (tidak setuju)
<i>My supervisor, manager, or clinical leader wants us to work faster during busy times, even if it means taking shortcuts</i>	Atasan, manajer, atau pemimpin klinis saya ingin agar kita bekerja lebih cepat pada waktu sibuk, meskipun itu berarti mengambil jalan pintas (setuju)
<i>When staff make errors, this unit focuses on learning rather than blaming individuals</i>	Ketika staf membuat kesalahan, unit ini berfokus pada pembelajaran daripada menyalahkan individu (tidak setuju)
<i>In this unit, there is a lack of support for staff involved in patient safety errors</i>	Di unit ini, kurangnya dukungan untuk staf yang terlibat dalam kesalahan keselamatan pasien (setuju)
<i>When an event is reported in this unit, it feels like the person is being written up, not the problem</i>	Ketika sebuah peristiwa dilaporkan di unit ini, rasanya seperti orangnya yang dicatat, bukan masalahnya. (setuju)
<i>When staff in this unit see someone with more authority doing something unsafe for patients, they (never) speak up</i>	Ketika staf di unit ini melihat seseorang yang lebih berwenang melakukan sesuatu yang tidak aman bagi pasien, mereka (tidak pernah) angkat bicara

- Keselamatan pasien dikatakan baik jika mencapai 75 % baik untuk item kata positif (sangat setuju dan setuju) maupun item kata negatif (sangat tidak setuju dan tidak setuju).
- Area yang membutuhkan perbaikan jika <50% untuk item kata positif (sangat setuju dan setuju) dan item negatif (sangat tidak setuju dan tidak setuju)