



**WIA TRAINING**

**KOL WIA TRAINING**

**DIREKTUR RS, PIMPINAN RS, KOMITE MEDIK, KOMITE KEPERAWATAN, KOMITE MUTU DAN TIM AKREDITASI  
RS TENTANG KUALIFIKASI DAN PENDIDIKAN STAF (KPS) DAN TATA KELOLA RUMAH SAKIT (TKRS)**

**TANGGAL 15 – 16 NOVEMBER 2022**

**\*Program dan Survei Budaya  
Keselamatan Pasien\***



**dr. Nico A. Lumenta, K.Nefro, MM, MHKes, FISQua  
Komisi Akreditasi Rumah Sakit**



**CV : dr. Nico A. Lumenta, K.Nefro,  
MM, MHKes, FISQua**

**Lahir :  
Magelang  
5 Nov 1943**

**Pendidikan.**

- **FK Universitas Kristen Indonesia, 1970**
- **Konsultan Nefrologi, PERNEFRI-Perhimpunan Nefrologi Indonesia, 1982**
- **Magister Manajemen, Sekolah Tinggi Manajemen PPM Jakarta, 1994**
- **Magister Hukum Kesehatan Univ Katolik Soegijapranata Semarang, 2013**
- **Fellowship of The International Society for Quality in Health Care, 2020**

**Jabatan.**

- **Ketua Bidang Penelitian & Pengembangan KARS sejak th 2014**
- **Ketua Komite Etik-Disiplin KARS sejak th 2014**
- **Komite Nasional Keselamatan Pasien RS – Kem Kes th 2012-2015, 2016-2018, 2018-2020 Wakil Ketua KNKP**
- **Ketua Komite Keselamatan Pasien RS (KKPRS) – PERSI sejak 2005. Ketua IKPRS- Institut Keselamatan Pasien RS sejak th 2012**
- **Ketua Dewan Pakar IMPPI-Ikatan Manajer Pelayanan Pasien Indonesia sejak 2020**





**CV : dr. Nico A. Lumenta, K.Nefro, MM, MHKes, FISQua**

**Pengalaman kerja.**

- **Surveior KARS sejak 1995. Konsilor KARS sejak 2012.**
- **Direktur Medik RS PGI Cikini, 1981 – 1982**
- **Direktur Ketua RS PGI Cikini Jakarta 1982-1993**
- **Dekan Fak Kedokteran UKI 1988-1991**
- **Sekretaris Jenderal PERSI Pusat 1988–1990, 1990–1993, 1993–1996**
- **Sekretaris IRSJAM 1986 – 1988**
- **Kepala Bagian Ilmu Penyakit Dalam FK-UKI, Jakarta, 1992 – 1995**
- **Kepala Renal Unit (Unit Ginjal) RS.PGI Cikini, 1973 – 1981**
- **Sekretaris I & Seksi Ilmiah Pengurus Pusat PERNEFRI, 1983**
- **Ketua Komite Medik RS Mediros, 1995 – 2013**
- **Penghargaan :**
  - **\*Kadarman Award utk Patient Safety\*, 2007, Sekolah Tinggi PPM.**
  - **\*Inisiator & Motivator Keselamatan Pasien RS di Indonesia\*, 2018, Komisi Akreditasi Rumah Sakit.**

# POKOK BAHASAN

- **Pengantar**
- **WHO : Global Patient Safety Action Plan 2021-2030**
- **Budaya Keselamatan: Starkes, Core Concept**
- **Peran Pimpinan dlm Budaya Keselamatan**
- **Pengukuran Budaya Keselamatan**

STARKEES : Standar Akreditasi RS Kemenkes



# Standar Akreditasi Rumah Sakit.

Edit 7 Mei 2022

STARKES			SNARS 1.1.		
Bab	Standar	EP	Bab	Standar	EP
A-1.Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)	17	71	Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)	28	127
A-2.Kualifikasi Dan Pendidikan Staf (KPS)	21	81	Kompetensi & Kewenangan Staf (KKS)	26	96
A-3.Manajemen Fasilitas Dan Keselamatan (MFK)	16	72	Manajemen Fasilitas & Keselamatan (MFK)	24	105
A-4.Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien (PMKP)	12	44	Peningkatan Mutu & Keselamatan Pasien (PMKP)	19	80
A-5.Manajemen Rekam Medis Dan Informasi Kes (MRMIK)	16	51	Manajemen Informasi & Rekam Medis (MIRM)	21	77
A-6.Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi (PPI)	19	62	Pencegahan & Pengendalian Infeksi (PPI)	28	103
A-7.Pendidikan Dalam Pelayanan Kesehatan (PPK)	6	23	Integrasi Pendidikan Kes dlm Pelayanan RS (IPKP)	6	21
B-1.Akses Dan Kesiambungan Pelayanan (AKP)	18	67	Akses ke Rumah Sakit & Kontinuitas Yan (ARK)	23	100
B-2.Hak Pasien Dan Keterlibatan Keluarga (HPK)	13	39	Hak Pasien & Keluarga (HPK)	27	99
B-3.Pengkajian Pasien (PP)	21	58	Asesmen Pasien (AP)	39	163
B-4.Pelayanan Dan Asuhan Pasien (PAP)	12	43	Pelayanan & Asuhan Pasien (PAP)	21	81
B-5.Pelayanan Anestesi Dan Bedah (PAB)	14	38	Pelayanan Anestesi & Bedah (PAB)	20	70
B-6.Pelayanan Kefarmasian Dan Penggunaan Obat (PKPO)	16	61	Pelayanan Kefarmasian & Penggunaan Obat (PKPO)	21	80
B-7.Komunikasi Dan Edukasi (KE)	7	25	Manajemen Komunikasi & Edukasi (MKE)	13	49
C.Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	8	24	Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)	10	37
D.Program Nasional (Prognas)	10	37	Program Nasional (Prognas)	12	58
Total	<b>226</b>	<b>796</b>	Total	<b>338</b>	<b>1346</b>

(67 %) (59 %)

(Kepmen No HK.01.07/MENKES/1128/2022 Ttg Standar Akreditasi Rumah Sakit, 13 April 2022; Buku SNARS Edisi 1.1., KARS, 2019)

## What is patient safety?

- Vision: A world in which no one is harmed in health care, and every patient receives safe and respectful care, every time, everywhere.
- Patient safety is a framework of organized activities that creates cultures, processes, procedures, behaviours, technologies and environments in health care that consistently and sustainably lower risks, reduce the occurrence of avoidable harm, make error less likely and reduce its impact when it does occur..
- Dunia di mana **tidak ada seorangpun dirugikan** dalam pelayanan kesehatan, dan setiap pasien menerima pelayanan yg aman dan hormat, setiap saat, di mana saja.
- **Keselamatan pasien adalah**
  - ✓ kerangka kerja kegiatan terorganisir
  - ✓ yg menciptakan budaya, proses, prosedur, perilaku, teknologi dan lingkungan dalam pelayanan kesehatan
  - ✓ secara konsisten dan berkelanjutan menurunkan risiko, mengurangi terjadinya bahaya yang dapat dihindari, membuat kesalahan lebih kecil kemungkinannya dan mengurangi dampaknya ketika itu terjadi. ..

(\*<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about>,

\*Global Patient Safety Action Plan 2021–2030, Towards Eliminating Avoidable Harm in Health care, 2021)



# Quality - Risk Management : *Patient Safety*

- 7 dimensi
- Program Mutu
- Indikator Mutu



**Culture of Quality**

- Leadership for quality at all levels
- Openness and transparency
- Emphasis on teamwork
- Accountability at all levels
- Learning embedded in system
- Active feedback loops for improvement
- Meaningful staff, service user and community engagement
- Empowering individuals while recognizing complex systems
- Alignment of professional and organizational values
- Fostering pride in care
- Valuing compassionate care
- Coherence of quality efforts with service organization & planning

**Budaya Mutu  
Quality Culture**



**RS  
Hospital**

**Risk  
& Culture**



**PMK 11/2017**

- 7 Standar KP
- 7 langkah menuju KP
- 6 Sasaran KP
- Pelaporan IKP

## WHO : Quality in Healthcare 7 Dimension



## Healthcare Risk Mgt 8 Risk Domains



**Patient  
Safety**

Quality health care is safe. This means the care you receive does not harm you. Around the world, nearly 14% of patients are harmed from the health care they receive during their hospital stay.



**WHO Global Patient Safety  
Action Plan 2021-2030**



## 7 Pemandu KPRS

1. UU NO: 44 / 2009 TTG RUMAH SAKIT, PMK 11 / 2017
2. STANDAR KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT
3. TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN RS
4. ENAM SASARAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT
5. TUJUH DIMENSI ASUHAN PASIEN TERINTEGRASI
6. STANDAR AKREDITASI RUMAH SAKIT KEMKES 2022
7. PROGRAM WHO PATIENT SAFETY



**Kerangka Kerja  
Komprehensif KPRS**



**APT**

**Asuhan Pasien Terintegrasi**



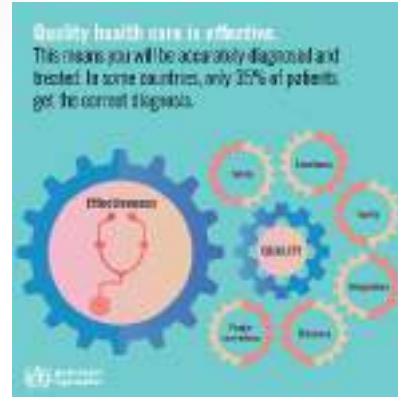
**Safety Culture**

# WHO : Quality in Healthcare

## 7 Dimension



### 1. Efektif



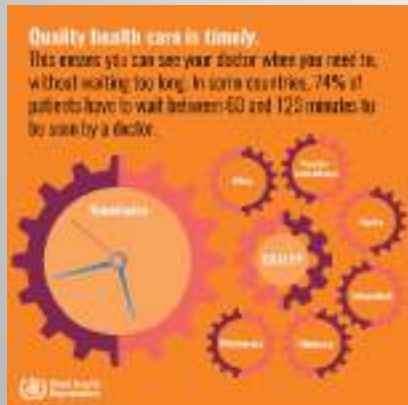
### 2. Safe



### 3. Berorientasi pasien



### 4. Tepat waktu



### 5. Adil



### 6. Terintegrasi



### 7. Efisien





# WHO : Quality in Healthcare

## 7 Dimension

### Box 2. Defining quality health care

Quality health care can be defined in many ways but there is growing acknowledgement that quality health services across the world should be:

- 1 • **Effective:** providing evidence-based health care services to those who need them.
- 2 • **Safe:** avoiding harm to people for whom the care is intended.
- 3 • **People-centred:** providing care that responds to individual preferences, needs and values.

In addition, in order to realize the benefits of quality health care, health services must be:

- 4 • **Timely:** reducing waiting times and sometimes harmful delays for both those who receive and those who give care.
- 5 • **Equitable:** providing care that does not vary in quality on account of age, sex, gender, race, ethnicity, geographical location, religion, socioeconomic status, linguistic or political affiliation.
- 6 • **Integrated:** providing care that is coordinated across levels and providers and makes available the full range of health services throughout the life course.
- 7 • **Efficient:** maximizing the benefit of available resources and avoiding waste.

### Box 3. Culture of quality: key features

- Leadership for quality at all levels
- Openness and transparency
- Emphasis on teamwork
- Accountability at all levels
- Learning embedded in system
- Active feedback loops for improvement
- Meaningful staff, service user and community engagement
- Empowering individuals while recognizing complex systems
- Alignment of professional and organizational values
- Fostering pride in care
- Valuing compassionate care
- Coherence of quality efforts with service organization and planning

# Risk Management in Healthcare

## 8 Domains

### What Is Risk Management in Healthcare?

Healthcare risk management comprises the systems and processes employed to uncover, mitigate, and prevent risks in healthcare institutions. Understand its purpose, elements, the risk manager's role, and more.

### Evolution of Healthcare Enterprise Risk Management (ERM)

- ✓ To expand the role of risk management across the organization, hospitals and other healthcare facilities are adopting a more holistic approach called Enterprise Risk Management. ERM includes traditional aspects of risk management including patient safety and medical liability and expands them with a “big picture” approach to risk across the organization.
- ✓ According to the American Society for Healthcare Risk Management (ASHRM), “Enterprise risk management in healthcare promotes a comprehensive framework for making risk management decisions which maximize value protection and creation by managing risk and uncertainty and their connections to total value.”

### ERM encompasses eight risk domains:

**1.Operational, 2.Clinical & Patient Safety, 3.Strategic, 4.Financial, 5.Human Capital, 6.Legal & Regulatory, 7.Technological, 8.Environmental- and Infrastructure-Based Hazards.**

The Eight Risk Domains of Enterprise Risk Management





**2000 : To err is human.  
Building a safer health  
system**



**2001 :Crossing the  
Quality Chasm: A  
New Health System  
for the 21st Century**

Hippocrates  
(460-335 BC).



Primum, non nocere"  
("First, do no harm")



Florence Nightingale

**2004, 27 Oktober : WHO  
memimpin gerakan  
keselamatan pasien  
dengan membentuk :  
World Alliance for  
Patient Safety, sekarang  
"WHO Patient Safety"**



**21 Agustus 2005 Penganjangan  
Gerakan Keselamatan Pasien  
oleh Menteri Kesehatan RI,  
di Jakarta**



**1 Juni 2005, PERSI  
membentuk badan  
nasional : KKPRS**



**Sejak 2006 : Workshop  
Keselamatan Pasien &  
Manajemen Risiko Klinis,  
telah diikuti hampir 1900  
Staf RS (Dr, Perawat, dll)  
dari + 250 RS seluruh  
Indonesia**



**2006, KKI : Standar  
Kompetensi Dokter :  
Keselamatan Pasien**

**WHO SEAR Patient Safety  
Workshop on  
"Patients for Patient Safety"  
Jakarta Declaration  
Jakarta, Hotel Four Seasons,  
19 July 2007**



**UU.N0.44 TH.2009  
Tentang Rumah Sakit :  
Keselamatan Pasien  
wajib dilaksanakan oleh  
Rumah Sakit**



**Std Akr RS 2012  
→ KPRS**

**KemKes : KNKP  
Juli 2012**



**STARKES**  
Std Akreditasi RS  
Kemenkes  
Kepmen 1128/2022



**2008 :  
Keselamatan Pasien  
RS telah mulai di  
Akreditasi oleh  
KARS**

**2011 :  
PMK 1691/2011  
ttg KPRS**

**2017 :  
PMK 11/2017 ttg  
Keselamatan  
Pasien**

**21 Agustus =  
Hari  
Keselamatan  
Pasien  
Nasional**

**World  
Patient  
Safety  
Day  
17-09-2020**

**GPSAP  
Global  
Patient  
Safety  
Action  
Plan  
2021-2030**



# Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam Starkes & Instrumen Survei Akreditasi KARS (Istak)

**KARS** **STARKES**

**A : 4.Peningkatan Mutu Dan Keselamatan Pasien (PMKP)**

No	Standar	EP
1	PMKP 1.	4
2	PMKP 2.	3
3	PMKP 3.	2
4	PMKP 4.	7
5	PMKP 4.1.	3
6	PMKP 5.	2
7	PMKP 6.	4
8	PMKP 7.	3
9	PMKP 8.	5
10	PMKP 9.	3
11	PMKP 10.	2
12	PMKP 11.	6
<b>12 Std</b>		<b>44 EP</b>

**KARS** **STARKES**

**A : 1.Tata Kelola Rumah Sakit (TKRS)**

No	Standar	EP
1	TKRS 1.	4
2	TKRS 2.	3
3	TKRS 3.	4
4	TKRS 3.1.	3
5	TKRS 4.	4
6	TKRS 5.	3
7	TKRS 6.	6
8	TKRS 7.	6
9	TKRS 7.1.	4
10	TKRS 8.	3
11	TKRS 9.	5
12	TKRS 10.	4
13	TKRS 11.	3
14	TKRS 12.	4
15	TKRS 13.	6
16	TKRS 14.	2
17	TKRS 15.	7
<b>17 Std</b>		<b>71 EP</b>

**KARS** **STARKES**

**C : Sasaran Keselamatan Pasien (SKP)**

No	Standar	EP
1	SKP 1.	4
2	SKP 2.	3
3	SKP 3.	3
4	SKP 3.1	3
5	SKP 4.	4
6	SKP 5.	2
7	SKP 6.	2
8	SKP 6.1.	3
<b>8 Std</b>		<b>24 EP</b>

*SKP : semua EP dengan nomor, bukan, abjad*



# Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam Starkes & Instrumen Survei Akreditasi KARS (Istak)

## Bab PMKP : Gambaran Umum

Fokus standar PMKP adalah:

- Pengelolaan kegiatan peningkatan mutu, keselamatan pasien dan manajemen risiko.
- Pemilihan dan pengumpulan data indikator mutu.
- Analisis dan validasi data indikator mutu.
- Pencapaian dan upaya mempertahankan perbaikan mutu.
- Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien rumah sakit (SP2KP-RS)
- Penerapan manajemen risiko.

Standar PMKP 1 RS mempunyai Komite/Tim penyelenggara Mutu yang kompeten untuk mengelola kegiatan Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien (PMKP) sesuai dengan peraturan perUUan

Standar PMKP 2 Komite/Tim mutu mendukung proses pemilihan indikator dan melaksanakan koordinasi serta integrasi kegiatan pengukuran data indikator mutu dan keselamatan pasien di RS

Standar PMKP 4 Agregasi dan analisis data dilakukan utk mendukung program PMKP serta mendukung partisipasi dalam pengumpulan database eksternal.

Standar PMKP 8 RS mengembangkan Sistem pelaporan dan pembelajaran keselamatan pasien di RS (SP2KP-RS).

Standar PMKP 9 Data laporan IKP selalu dianalisis setiap 3 (tiga) bulan untuk memantau ketika muncul tren atau variasi yang tidak diinginkan

Standar PMKP 10 RS melakukan pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan pasien

## Bab TKRS : Gambaran Umum

Fokus pada Bab TKRS mencakup:

- Representasi Pemilik/Dewan Pengawas
- Akuntabilitas Direktur Utama/Direktur/Kepala RS
- Akuntabilitas Pimpinan RS
- Kepemimpinan RS Untuk Mutu dan Keselamatan Pasien
- Kepemimpinan RS Terkait Kontrak
- Kepemimpinan RS Terkait Keputusan Mengenai Sumber Daya
- Pengorganisasian dan Akuntabilitas Komite Medik, Komite Keperawatan, dan Komite Tenaga Kesehatan Lain
- Akuntabilitas Kepala unit klinis/non klinis
- Etika RS
- Kepemimpinan Untuk Budaya Keselamatan di RS
- Manajemen risiko
- Program Penelitian Bersubjek Manusia di RS

Standar TKRS 1 Struktur organisasi serta wewenang pemilik/representasi pemilik dijelaskan di dalam aturan internal RS (*Hospital by laws*) yang ditetapkan oleh pemilik RS.

Standar TKRS 4 Pimpinan RS merencanakan, mengembangkan, dan menerapkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien (PMKP).

Standar TKRS 5 Direktur dan Pimpinan RS berpartisipasi dalam menetapkan prioritas perbaikan di tingkat RS yang merupakan proses yang berdampak luas/menyeluruh di RS termasuk di dalamnya kegiatan keselamatan pasien serta analisa dampak dari perbaikan yang telah dilakukan.

Standar TKRS 10 Kepala unit layanan berpartisipasi dalam meningkatkan mutu dan keselamatan pasien dgn melakukan pengukuran indikator mutu RS yg dapat diterapkan di unitnya dan memantau serta memperbaiki pelayanan pasien di unit layanannya.

Standar TKRS 13. Pimpinan RS menerapkan, memantau dan mengambil tindakan serta mendukung Budaya Keselamatan di seluruh area RS.



# Keselamatan Pasien Rumah Sakit dalam Starkes & Instrumen Survei Akreditasi KARS (Istak)

## Bab SKP : Gambaran Umum

Di Indonesia secara nasional untuk seluruh Fasilitas pelayanan Kesehatan, diberlakukan **Sasaran Keselamatan Pasien Nasional** yg 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.

Standar SKP 1 RS menerapkan proses utk menjamin ketepatan identifikasi pasien

Standar SKP 2 RS menerapkan proses utk meningkatkan efektivitas komunikasi lisan dan/atau telepon di antara PPA, proses pelaporan hasil kritis pada pemeriksaan diagnostik termasuk POCT dan proses komunikasi saat serah terima (*hand over*).

Standar SKP 3 RS menerapkan proses utk meningkatkan keamanan penggunaan obat yg memerlukan kewaspadaan tinggi (*high alert medication*) termasuk obat Look - Alike Sound Alike (LASA).

Standar SKP 3.1 RS menerapkan proses utk meningkatkan keamanan penggunaan elektrolit konsentrat

Standar SKP 4 RS menetapkan proses utk melaksanakan verifikasi pra operasi, penandaan lokasi operasi dan proses *time-out* yg dilaksanakan sesaat sebelum tindakan pembedahan/ invasif dimulai serta proses *sign-out* yg dilakukan setelah tindakan selesai.

Standar SKP 5 RS menerapkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) utk menurunkan risiko infeksi terkait layanan kesehatan.

Standar SKP 6 RS menerapkan proses utk mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh.

Standar SKP 6.1 RS menerapkan proses utk mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh di ranap.



# **Pencanangan Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit Oleh Menteri Kesehatan Seminar Nasional PERSI 21 Agustus 2005, JCC**





Pencanangan  
Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit  
diab. Menteri Kesehatan  
Seminar Nasional PERKI  
31 Agustus 2005  
ICC



**MARI MENDUKUNG  
HARI KESELAMATAN PASIEN NASIONAL  
(National Patient Safety Day)  
21 Agustus**



Pencanangan  
Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit  
diab. Menteri Kesehatan  
Seminar Nasional PERKI  
31 Agustus 2005  
ICC



**MARI MENDUKUNG  
HARI KESELAMATAN PASIEN NASIONAL  
(National Patient Safety Day)  
21 Agustus**



Pencanangan  
Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit  
diab. Menteri Kesehatan  
Seminar Nasional PERKI  
31 Agustus 2005  
ICC



**MARI MENDUKUNG  
HARI KESELAMATAN PASIEN NASIONAL  
(National Patient Safety Day)  
21 Agustus**



Pencanangan  
Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit  
diab. Menteri Kesehatan  
Seminar Nasional PERKI  
31 Agustus 2005  
ICC



**MARI MENDUKUNG  
HARI KESELAMATAN PASIEN NASIONAL  
(National Patient Safety Day)  
21 Agustus**



Pencanangan  
Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit  
diab. Menteri Kesehatan  
Seminar Nasional PERKI  
31 Agustus 2005  
ICC



**MARI MENDUKUNG  
HARI KESELAMATAN PASIEN NASIONAL  
(National Patient Safety Day)  
21 Agustus**



Pencanangan  
Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit  
diab. Menteri Kesehatan  
Seminar Nasional PERKI  
31 Agustus 2005  
ICC



**MARI MENDUKUNG  
HARI KESELAMATAN PASIEN NASIONAL  
(National Patient Safety Day)  
21 Agustus**



Pencanangan  
Gerakan Keselamatan Pasien Rumah Sakit  
diab. Menteri Kesehatan  
Seminar Nasional PERKI  
31 Agustus 2005  
ICC



**MARI MENDUKUNG  
HARI KESELAMATAN PASIEN NASIONAL  
(National Patient Safety Day)  
21 Agustus**



# Regulatory Framework

- 1. UU No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit**
- 2. UU No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan**
- 3. UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran**
- 4. PMK No. 1691/MENKES/PER/VIII/2011 Tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit**
- 5. PMK No. 11 Th 2017 Tentang Keselamatan Pasien**
- 6. KepMen no HK.01.07/MENKES/503/2020 Ttg Komite Nasional Keselamatan Pasien**



# Tujuh Pemandu Keselamatan Pasien Rumah Sakit

1. UU NO 44 / 2009 TTG RUMAH SAKIT, PMK 11 / 2017
2. STANDAR KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT
3. TUJUH LANGKAH MENUJU KESELAMATAN PASIEN RS
4. ENAM SASARAN KESELAMATAN PASIEN RUMAH SAKIT
5. TUJUH DIMENSI PCC PADA ASUHAN PASIEN  
TERINTEGRASI
6. **STARKES 2022 -ISTAK** (Std Akreditasi RS Kemenkes, Instrumen Survei Akreditasi KARS)
7. **PROGRAM WHO PATIENT SAFETY**



**Permenkes No 11 Th 2017  
Tentang Keselamatan Pasien**



**BERITA NEGARA  
REPUBLIK INDONESIA**

---

No.308, 2017

KEMENKES. Keselamatan Pasien. Pencabutan.

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
NOMOR 11 TAHUN 2017  
TENTANG  
KESELAMATAN PASIEN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

## Permenkes 11 / 2017 Ttg Keselamatan Pasien

### ❖ Pasal 5

1. Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan Keselamatan Pasien.
2. Penyelenggaraan Keselamatan Pasien menerapkan:
  - a. Standar Keselamatan Pasien;
  - b. Sasaran Keselamatan Pasien; dan
  - a. Tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien
3. Sistem pelayanan harus menjamin pelaksanaan:
  - a. asuhan pasien lebih aman, melalui upaya yg meliputi asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien;
  - b. pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden, dan tindak lanjutnya; dan
  - c. implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yg disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yg seharusnya diambil.
4. Standar Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf a meliputi standar ...
5. Sasaran Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b meliputi tercapainya hal-hal...
6. Tujuh langkah menuju Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf c terdiri atas...

## PMK 11 th 2017 tentang Keselamatan Pasien

### Pasal 19

(1) Fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan pelaporan insiden, secara online atau tertulis kepada Komite Nasional Keselamatan Pasien sesuai dengan format laporan tercantum pada Formulir 2 dan Formulir 3 Peraturan Menteri ini.

(2) Pelaporan insiden sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disampaikan setelah dilakukan analisis, serta mendapatkan rekomendasi dan solusi dari tim Keselamatan Pasien fasilitas pelayanan kesehatan.

(3) Pelaporan insiden sebagaimana dimaksud pada ayat (1) ditujukan untuk menurunkan insiden dan mengoreksi sistem dalam rangka meningkatkan Keselamatan Pasien dan tidak untuk menyalahkan orang (*non blaming*).

(4) Pelaporan insiden sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dijamin keamanannya, bersifat rahasia, anonim (tanpa identitas), dan tidak mudah diakses oleh orang yang tidak berhak.



# **Standar Keselamatan Pasien Fasyankes**

*(Permenkes 11 / 2017 Ttg Keselamatan Pasien)*

- I. Hak pasien**
- II. Mendidik pasien dan keluarga**
- III. Keselamatan pasien dan berkesinambungan pelayanan**
- IV. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja, untuk melakukan evaluasi dan meningkatkan keselamatan pasien**
- V. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien**
- VI. Mendidik staf tentang keselamatan pasien**
- VII. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien**

## SASARAN KESELAMATAN PASIEN NASIONAL

(Permenkes 11 / 2017 Ttg Keselamatan Pasien)

**SKP.1 Mengidentifikasi Pasien Dengan Benar**

**SKP.2 Meningkatkan Komunikasi Yang Efektif**

**SKP.3 Meningkatkan Keamanan Obat-obatan Yang Harus Diwaspadai**

**SKP.4 Memastikan Lokasi Pembedahan Yang Benar, Prosedur Yang Benar,  
Pembedahan Pada Pasien Yang Benar**

**SKP.5 Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan**

**SKP.6 Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Terjatuh**

Hasil Akreditasi	Kriteria
Paripurna	Seluruh Bab mendapat nilai minimal 80%
Utama	a. 12 sampai 15 Bab mendapat nilai minimal 80%, dan Bab SKP mendapat nilai minimal 80%, bagi rumah sakit pendidikan atau wahana pendidikan. b. 12 sampai 14 bab mendapat nilai minimal 80%, dan Bab SKP mendapat nilai minimal 80%, bagi rumah sakit yang bukan rumah sakit pendidikan atau wahana pendidikan.
Madya	8 sampai 11 Bab mendapat nilai minimal 80% dan nilai SKP minimal 70%
Tidak terakreditasi	a) Kurang dari 8 Bab mendapat nilai minimal 80%; dan/atau b) Bab SKP mendapat nilai kurang dari 70% <b>!!</b>

Kep DirJen YanKes no: HK.  
02.02/I/1130/2022  
Ttg PEDOMAN SURVEI  
AKREDITASI RUMAH SAKIT





### 1. Mengidentifikasi Pasien dengan Benar

**Standar SKP 1** RS menerapkan proses utk menjamin ketepatan identifikasi pasien

#### Elemen Penilaian SKP 1

- 1) RS telah menetapkan regulasi terkait Sasaran keselamatan pasien meliputi poin 1 – 6 pada gambaran umum.
- 2) RS telah menerapkan proses identifikasi pasien menggunakan minimal 2 (dua) identitas, dapat memenuhi tujuan identifikasi pasien dan sesuai dgn ketentuan RS.
- 3) Pasien telah diidentifikasi menggunakan minimal dua jenis identitas meliputi poin 1) - 4) dalam maksud dan tujuan.
- 4) RS memastikan pasien teridentifikasi dgn tepat pada situasikhusus, dan penggunaan label seperti tercantum dalam maksud dan tujuan.



IEEA

IEEA

IEEA



### 2. Meningkatkan Komunikasi yang Efektif

**Standar SKP 2** RS menerapkan proses utk meningkatkan efektivitas komunikasi lisan dan/atau telepon di antara PPA, proses pelaporan hasil kritis pada pemeriksaan diagnostic termasuk POCT dan proses komunikasi saat serah terima (*hand over*).

#### Elemen Penilaian SKP 2

- 1) RS telah menerapkan komunikasi saat menerima instruksi melalui telepon: "menulis/menginput ke komputer – membacakan – konfirmasi kembali" (*writedown, read back, confirmation* dan SBAR saat melaporkan kondisi pasien kepada DPJP serta di dokumentasikan dalam rekam medik.
- 2) RS telah menerapkan komunikasi saat pelaporan hasil kritis pemeriksaan penunjang diagnostic melalui telepon: "menulis/menginput ke komputer – membacakan – konfirmasi kembali" (*writedown, read back, confirmation* dan di dokumentasikan dalam rekam medik.
- 3) RS telah menerapkan komunikasi saat serah terima sesuai dgn jenis serah terima meliputi poin 1) - 3) dalam maksud dan tujuan.



IEEA

IEEA

IEEA



### 3. Meningkatkan Keamanan Obat-Obatan yang Harus Diwaspadai

**Standar SKP 3** RS menerapkan proses utk meningkatkan keamanan penggunaan obat yg memerlukan kewaspadaan tinggi (*high alert medication*) termasuk obat *Look - Alike Sound Alike* (LASA).

#### Elemen Penilaian SKP 3

- 1) RS menetapkan daftar obat kewaspadaan tinggi (*High Alert*) termasuk obat *Look -Alike Sound Alike* (LASA).
- 2) RS menerapkan pengelolaan obat kewaspadaan tinggi (*High Alert*) termasuk obat *Look -Alike Sound Alike* (LASA) secara seragam di seluruh area RS utk mengurangi risiko dan cedera
- 3) RS mengevaluasi dan memperbaharui daftar obat *High-Alert* dan obat *Look -Alike Sound Alike* (LASA) yg sekurang-kurangnya 1 (satu) tahun sekali berdasarkan laporan insiden lokal, nasional dan internasional.



IEEA

IEEA

IEEA



**Standar SKP 3.1** RS menerapkan proses utk meningkatkan keamanan penggunaan elektrolit konsentrat

#### Elemen Penilaian SKP 3.1

- 1) RS menerapkan proses penyimpanan elektrolit konsentrat tertentu hanya di Instalasi Farmasi, kecuali di unit pelayanan dgn pertimbangan klinis utk mengurangi risiko dan cedera pada penggunaan elektrolit konsentrat.
- 2) Penyimpanan elektrolit konsentrat di luar Instalasi Farmasi diperbolehkan hanya dalam utk situasi yg ditentukan sesuai dalam maksud dan tujuan.
- 3) RS menetapkan dan menerapkan protokol koreksi hipokalemia, hiponatremia, hipofosfatemia.



#### 4. Memastikan Sisi yang Benar, Prosedur yang Benar, Pasien yang Benar Pada Pembedahan/ Tindakan Invasif

**Standar SKP 4** RS menetapkan proses utk melaksanakan verifikasi pra operasi, penandaan lokasi operasi dan proses *time-out* yg dilaksanakan sesaat sebelum tindakan pembedahan/invasif dimulai serta proses *sign-out* yg dilakukan setelah tindakan selesai.

##### Elemen Penilaian SKP 4

- 1) RS telah melaksanakan proses verifikasi pra operasi dgn daftar tilik utk memastikan benar pasien, benar tindakan dan benar sisi.
- 2) RS telah menetapkan dan menerapkan tanda yg seragam, mudah dikenali dan tidak bermakna ganda utk mengidentifikasi sisi operasi atau tindakan invasif.
- 3) RS telah menerapkan penandaan sisi operasi atau tindakan invasif (*site marking*) dilakukan oleh dokter operator/dokter asisten yg melakukan operasi atau tindakan invasif dgn melibatkan pasien bila memungkinkan.
- 4) RS telah menerapkan proses *Time-Out* menggunakan "surgical check list" (*Surgical Safety Checklist* dari WHO terkini pada tindakan operasi termasuk tindakan medis invasif.

#### 6. Mengurangi Risiko Cedera Pasien Akibat Jatuh

**Standar SKP 6** RS menerapkan proses utk mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh.

##### Elemen Penilaian SKP 6

- 1) RS telah melaksanakan skrining pasien rajal pada kondisi, diagnosis, situasi atau lokasi yg dapat menyebabkan pasien berisiko jatuh, dgn menggunakan alat bantu/metode skrining yg ditetapkan RS
- 2) Tindakan dan/atau intervensi dilakukan utk mengurangi risiko jatuh pada pasien jika hasil skrining menunjukkan adanya risiko jatuh dan hasil skrining serta intervensi didokumentasikan.

#### 5. Mengurangi Risiko Infeksi Akibat Perawatan Kesehatan

**Standar SKP 5** RS menerapkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) utk menurunkan risiko infeksi terkait layanan kesehatan.

##### Elemen Penilaian SKP 5

- 1) RS telah menerapkan kebersihan tangan (*hand hygiene*) yg mengacu pada standar WHO terkini.
- 2) Terdapat proses evaluasi terhadap pelaksanaan program kebersihan tangan di RS serta upaya perbaikan yg dilakukan utk meningkatkan pelaksanaan program.

**Standar SKP 6.1** RS menerapkan proses utk mengurangi risiko cedera pasien akibat jatuh di ranap.

##### Elemen Penilaian SKP 6.1

- 1) RS telah melakukan pengkajian risiko jatuh utk semua pasien ranap baik dewasa maupun anak menggunakan metode pengkajian yg baku sesuai dgn ketentuan RS.
- 2) RS telah melaksanakan pengkajian ulang risiko jatuh pada pasien ranap karena adanya perubahan kondisi, atau memang sudah mempunyai risiko jatuh dari hasil pengkajian.
- 3) Tindakan dan/atau intervensi utk mengurangi risiko jatuh pada pasien ranap telah dilakukan dan didokumentasikan.



# Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien

(Permenkes 11 / 2017 Ttg Keselamatan Pasien)

- 1. Membangun kesadaran akan nilai keselamatan pasien (KP).**  
Ciptakan budaya yg terbuka & adil.
- 2. Memimpin dan mendukung staf.**  
Tegakkan fokus yang kuat & jelas tentang KP di seluruh fasyankes anda.
- 3. Mengintegrasikan aktivitas pengelolaan risiko.**  
Bangun sistem & proses untuk mengelola risiko, mengidentifikasi kemungkinan terjadinya kesalahan.
- 4. Mengembangkan sistem pelaporan.**  
Pastikan staf anda mudah untuk melaporkan 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 KP.**  
Dorong staf utk menggunakan analisis akar masalah guna pembelajaran ttg bagaimana & mengapa terjadi insiden.
- 7. Mencegah cedera melalui implementasi sistem KP.**  
Pembelajaran lewat perubahan2 didalam praktek, proses atau sistem. Untuk sistem yang sangat kompleks seperti fasilitas pelayanan kesehatan untuk mencapai hal2l diatas dibutuhkan perubahan budaya dan komitmen yang tinggi bagi seluruh staf dalam waktu yang cukup lama.



**WHO : GLOBAL PATIENT  
SAFETY ACTION PLAN  
2021-2030**



# WHO : GLOBAL PATIENT SAFETY ACTION PLAN 2021-2030

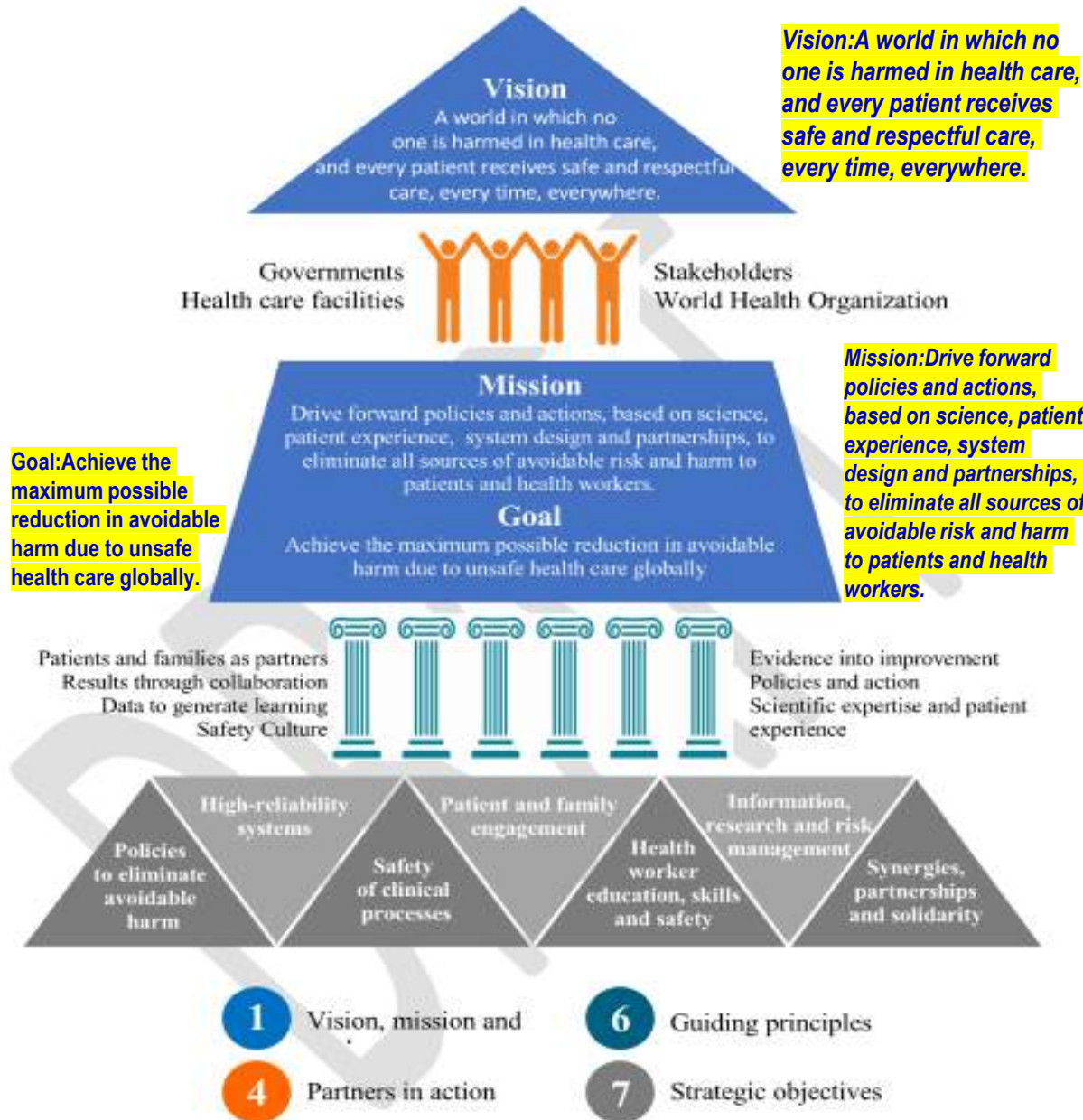
## Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care



Vision	Visi
<i><b>A world in which no one is harmed in health care, and every patient receives safe and respectful care, every time, everywhere.</b></i>	<b>Dunia di mana tidak ada seorangpun dirugikan dalam pelayanan kesehatan, dan setiap pasien menerima pelayanan yg aman dan hormat, setiap saat, di mana saja.</b>

(WHO : launching Buku GPSAP tgl 4 Agustus 2021, recording videonya : <https://www.youtube.com/watch?v=AywsF9CVJP8>)

# Overview of the Global Patient Safety Action Plan 2021–2030



## Visi

Sebuah dunia di mana **tidak ada seorangpun** dirugikan dalam pelayanan kesehatan, dan setiap pasien menerima pelayanan yg aman dan hormat, setiap saat, di mana saja.

## Misi

Mendorong kebijakan dan tindakan, berdasarkan sains, pengalaman pasien, desain sistem dan kemitraan, untuk menghilangkan semua sumber risiko dan bahaya yg dapat dihindari, **pada pasien dan petugas kesehatan.**

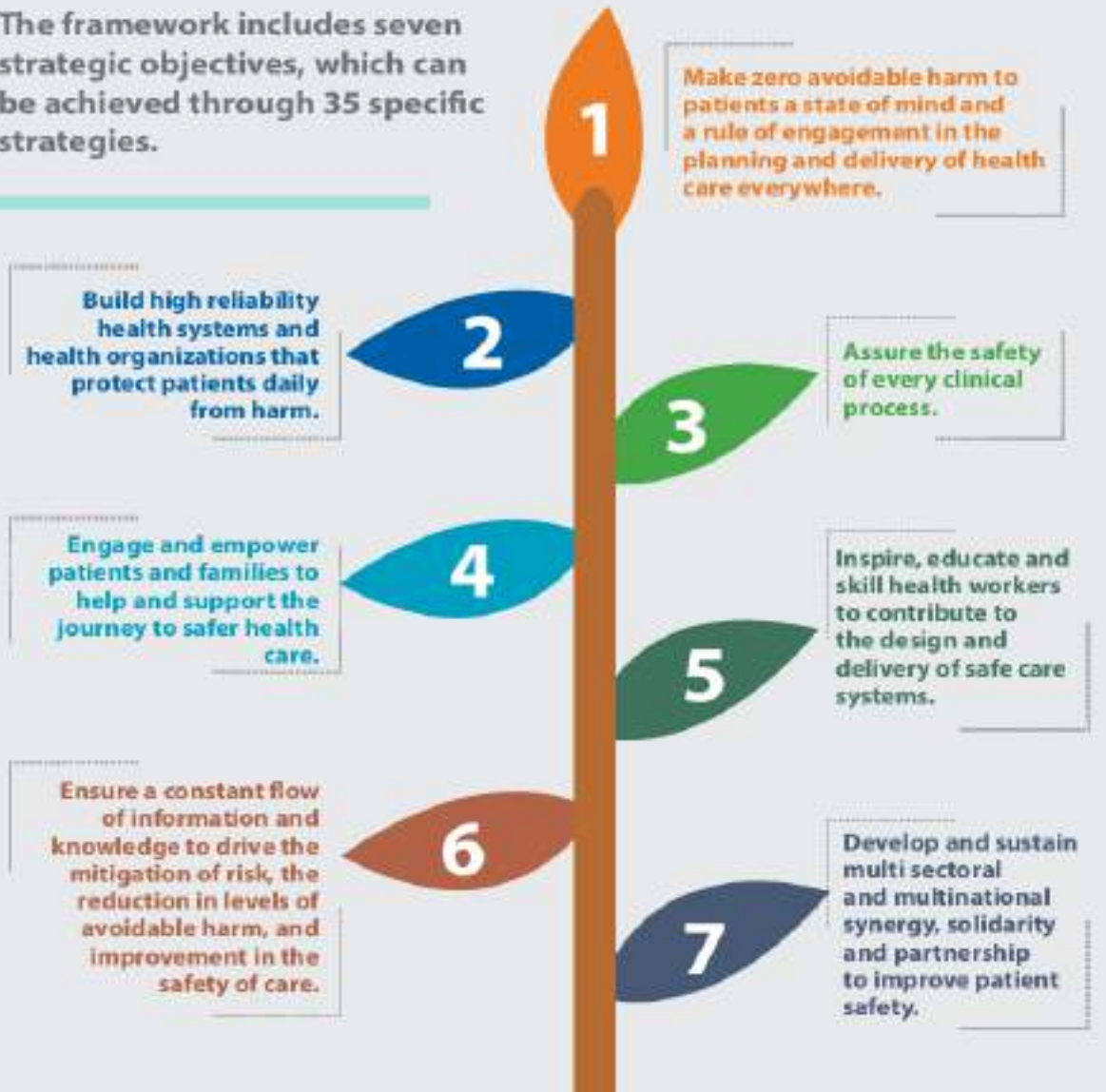
## Tujuan

Capai **pengurangan semaksimal mungkin bahaya yg bisa dihindari** pada pelayanan kesehatan yg tidak aman secara global.



# 5. Framework for Action

The framework includes seven strategic objectives, which can be achieved through 35 specific strategies.



Kerangka kerja tersebut mencakup 7 tujuan strategis, yang dapat dicapai melalui 35 strategi khusus.

1. Jadikan **keadaan nihil bahaya yg dapat dihindari** bagi pasien sbg keadaan pikiran dan aturan keterlibatan dalam perencanaan dan pemberian Yan Kes.
2. Membangun **sistem kesehatan dan organisasi kesehatan dengan keandalan tinggi** yg melindungi pasien setiap hari dari bahaya.
3. Menjamin **keamanan setiap proses klinis**.
4. **Libatkan dan berdayakan pasien dan keluarga** untuk membantu dan mendukung perjalanan menuju Yan Kes yang lebih aman.
5. **Menginspirasi, mendidik dan melatih tenaga kesehatan** untuk berkontribusi pada rancangan dan pelaksanaan sistem pelayanan yg aman.
6. Pastikan aliran **informasi dan pengetahuan yang konstan** untuk mendorong mitigasi risiko, pengurangan tingkat bahaya yang dapat dihindari, dan peningkatan keamanan pelayanan.
7. Mengembangkan dan mempertahankan **sinergi, solidaritas, dan kemitraan multi sektoral dan multinasional** untuk meningkatkan keselamatan pasien.

## Framework for Action - The 7x5 Matrix

1		<b>Policies to eliminate avoidable harm in health care</b>	1.1 Patient safety policy, strategy and implementation framework	1.2 Resource mobilization and allocation	1.3 Protective legislative measures	1.4 Safety standards, regulation and accreditation	1.5 World Patient Safety Day and Global Patient Safety Challenges
2		<b>High reliability systems</b>	2.1 Transparency, openness and 'No blame' culture	2.2 Good governance for the health care system	2.3 Leadership capacity for clinical and managerial functions	2.4 Human factors/ergonomics for health systems resilience	2.5 Patient safety in emergencies and settings of extreme adversity
3		<b>Safety of clinical processes</b>	3.1 Safety of risk-prone clinical procedures	3.2 Global Patient Safety Challenge: <i>Medication Without Harm</i>	3.3 Infection prevention and control & antimicrobial resistance	3.4 Safety of medical devices, medicines, blood and vaccines	3.5 Patient safety in primary care and transitions of care
4		<b>Patient and family engagement</b>	4.1 Co-development of policies and programmes with patients	4.2 Learning from patient experience for safety improvement	4.3 Patient advocates and patient safety champions	4.4 Patient safety incident disclosure to victims	4.5 Information and education to patients and families
5		<b>Health worker education, skills and safety</b>	5.1 Patient safety in professional education and training	5.2 Centres of excellence for patient safety education and training	5.3 Patient safety competencies as regulatory requirements	5.4 Linking patient safety with appraisal system of health workers	5.5 Safe working environment for health workers
6		<b>Information, research, risk management</b>	6.1 Patient safety incident reporting and learning systems	6.2 Patient safety surveillance and information system	6.3 Patient safety surveillance system	6.4 Patient safety research programmes	6.5 Digital technology for patient safety
7		<b>Synergies, partnerships and solidarity</b>	7.1 Stakeholders engagement	7.2 Common understanding and shared commitment	7.3 Patient safety networks and collaboration	7.4 Cross geographical and multisectoral initiatives for patient safety	7.5 Alignment with technical programmes and initiatives



## 7 Strategic Objectives

<b>1. Kebijakan untuk menghilangkan bahaya yang dapat dihindari dalam Yan Kes</b>	1.1 Kebijakan KP, strategi dan kerangka implementasi	1.2 Mobilisasi dan alokasi sumber daya	1.3 Tindakan legislatif yang bersifat protektif	1.4 Standar keselamatan, regulasi dan akreditasi	1.5 World Patient Safety Day dan Global Patient Safety Challenges
<b>2. Sistem dengan keandalan tinggi</b>	2.1 Transparansi, keterbukaan dan budaya "Jangan salahkan"	2.2 Tata kelola yang baik untuk sistem Yan Kes	2.3 Kapasitas kepemimpinan untuk fungsi klinis dan manajerial	2.4 Faktor manusia / ergonomi untuk ketahanan sistem Kesehatan	2.5 Rencana dan proses kesiapsiagaan darurat
<b>3. Keamanan proses klinis</b>	3.1 Keamanan prosedur klinis yang rentan terhadap risiko	3.2 Global Patient Safety Challenges: Obat2 Tanpa Bahaya	3.3 PPI & resistensi antimikroba	3.4 Keamanan alat kesehatan, obat-obatan, darah dan vaksin	3.5 KP dalam FKTP dan transisi perawatan
<b>4. Keterlibatan pasien &amp; keluarga</b>	4.1 Pengembangan bersama kebijakan dan program dengan pasien	4.2 Belajar dari pengalaman pasien untuk peningkatan keselamatan	4.3 Advokasi pasien dan <i>ChampionKP</i>	4.4 Pengungkapan / disclosure insiden KP kepada korban	4.5 Keterlibatan pasien dalam implementasi rencana tindakan
<b>5. Pendidikan, keterampilan dan keselamatan tenaga kes</b>	5.1 KP dalam pendidikan dan pelatihan profesional	5.2 Pusat unggulan untuk pendidikan dan pelatihan KP	5.3 Kompetensi KP sebagai persyaratan regulasi	5.4 Menghubungkan KP dengan sistem penilaian petugas kes	5.5 Lingkungan kerja yang aman bagi petugas kes
<b>6. Informasi, penelitian, manajemen risiko</b>	6.1 Sistem pelaporan dan pembelajaran insiden KP	6.2 Surveilans KP dan sistem informasi	6.3 Program peningkatan KP	6.4 Program penelitian KP	6.5 Teknologi digital untuk KP
<b>7. Sinergi, kemitraan dan solidaritas</b>	7.1 Keterlibatan pemangku kepentingan	7.2 Pemahaman bersama dan komitmen bersama	7.3 Jaringan dan kolaborasi KP	7.4 Inisiatif lintas geografis dan multisektoral untuk KP	7.5 Hubungan dengan program dan inisiatif teknis

# **Budaya Keselamatan**

- ***Dalam STARKES 2022 & Instrumen Survei Akreditasi KARS***
- ***Berbagai Core Concept***



Apa itu

**Budaya**  
/ Culture

**Kompleks**

"Tetapi budaya tidak lagi tetap, ... Pada dasarnya itu cair dan terus bergerak."

**Definisi**

Kata "culture (budaya)" berasal dari istilah Perancis, yang pada gilirannya berasal dari bahasa Latin "colere," yg berarti cenderung ke bumi dan tumbuh, atau budidaya dan pemeliharaan.

**Dimensi /Core concept**

**Di Pelayanan Kesehatan :  
Keselamatan Pasien**

**“Menggerakkan” orang**

dalam kelompok

# THE ICEBERG

that sinks organizational change

Visible Organizational Culture



(Kita berkata)  
“Inilah cara kita menyelesaikan sesuatu”

- Some aspects of organizational culture are visible on the surface, like the tip of an iceberg, while others are implicit and submerged within the organization.....
- Don't leave the organizational iceberg unattended

“Cara kita benar-benar menyelesaikan sesuatu”



# Berbagai Definisi Budaya

- **Culture : a way of thinking, behaving, or working that exists in a place or organization** (*Merriam Webster*)
- **Budaya terbentuk dari elemen2 : kebijakan, prosedur, kondisi2 kerja, struktur untuk pembuatan keputusan dan tipe2 perilaku yang didukung.**  
(*The Just Culture Community, Outcome Engineering, 2009*)

Wagner et al.,  
2018

Budaya keselamatan adalah nilai, sikap, persepsi, kompetensi dan pola perilaku individu dari kelompok yang menggambarkan komitmen sebuah organisasi dalam mengelola kesehatan dan keselamatan.

AHRQ, 2018

Budaya keselamatan memiliki tingkat berbeda di tiap unit dan akan berdampak pada budaya keselamatan organisasi menyeluruh.

Hardy, 2017

Budaya keselamatan merupakan (*core concept*), dimana DNA of Care adalah Safety, Quality, and Culture.

Griffin &  
Curcuroto, 2016

Budaya keselamatan dapat mengarahkan perilaku individu dalam suatu organisasi.

Cooper, 2016

Budaya keselamatan meliputi aspek individu, situasional/sistem manajemen keselamatan, perilaku.

Morello, 2013

Budaya keselamatan merupakan bagian dari budaya organisasi.

Great Britain,  
2011

Budaya keselamatan yang positif akan mengurangi angka insiden dan kecelakaan di pelayanan kesehatan.

Carthey &  
Clare, 2009

Budaya keselamatan terdiri dari open culture, just culture, reporting culture, learning culture, informed culture.

WHO, 2006

Budaya keselamatan berkaitan dengan manajemen risiko dan keselamatan.

INSAG, 1991

Budaya keselamatan dibentuk oleh faktor kesadaran individu akan pentingnya keselamatan, pengetahuan, kompetensi, komitmen manajemen dan pekerja, motivasi pimpinan dan supervisi.

(Duta Liana: Model DUTA-RS (Dewasakan Upaya Tatanan Akreditasi Rumah Sakit) Untuk Kematangan Budaya Keselamatan, Disertasi, 2021)

# Safety Culture Definition

The safety culture of an organization is the product of individual and group values, attitudes, perceptions, competencies, and patterns of behavior that determine the commitment to, and the style and proficiency of, an organization's health and safety management.

Organizations with a positive safety culture are characterized by communications founded on mutual trust, by shared perceptions of the importance of safety, and by confidence in the efficacy of preventive measures.

- **Budaya keselamatan suatu RS (organisasi) adalah hasil dari nilai2 individu dan kelompok, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku yg menentukan komitmen terhadap, dan gaya serta kemampuan, manajemen pelayanan kesehatan dan keselamatan RS.**
- **RS dengan budaya keselamatan positif dicirikan oleh komunikasi atas dasar saling percaya, dengan persepsi yang sama tentang pentingnya keselamatan, dan yakin akan manfaat langkah2 pencegahan.**



## Culture Definition

The Joint Commission defines culture of safety as,  
A safety culture is the product of individual and group beliefs, values, attitudes, perceptions, competencies, and patterns of behavior that determine the organization's commitment to quality and patient safety. [Organizations with] a robust safety culture are characterized by communications founded on mutual trust, by shared perceptions of the importance of safety, and by confidence in the efficacy of preventive measures.

- **Budaya keselamatan adalah produk dari keyakinan, nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku, dari individu dan kelompok yang menentukan komitmen RS (organisasi) terhadap mutu dan keselamatan pasien.**
- **RS dengan budaya keselamatan yang kuat ditandai dengan komunikasi yang dibangun atas dasar saling percaya, dengan berbagi persepsi tentang pentingnya keselamatan, dan dengan keyakinan akan kemanjuran langkah-langkah penting**

# Budaya Keselamatan Dalam STARKES 2022

<b>TKRS 13 – 6 ep</b>
<b>Direktur</b> <b>Menerapkan, Memantau,</b> <b>Mengambil Tindakan, Mendukung</b> <b>Budaya Keselamatan Pasien</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Program Budaya Keselamatan a) – h)</li><li>• Pendidikan</li><li>• Sumber Daya</li><li>• Sistem Pelaporan</li><li>• Evaluasi</li><li>• Just Culture</li><li>• (Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan)</li></ul>

<b>PMKP 10 – 2 ep</b>
<b>Pengukuran/Evaluasi Budaya</b> <b>Keselamatan</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Survei Budaya Keselamatan Pasien</li><li>• Analisis dan Tindak Lanjut</li><li>• Program Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien</li></ul>

## **Budaya keselamatan :**

- 1) Staf klinis memperlakukan satu sama lain saling menghargai dan rasa hormat,
- 2) Staf klinis pemberi asuhan bekerja sama dalam tim yang efektif dan mendukung proses kolaborasi interprofesional
- 3) Asuhan berfokus pada pasien → PCC & APT.
- 4) Setiap individu anggota staf (klinis atau administratif) melaporkan hal-hal yang menguatkirkan tentang keselamatan atau mutu pelayanan



## J. Kepemimpinan Untuk Budaya Keselamatan Di Rumah Sakit

**Standar TKRS 13. Pimpinan RS menerapkan, memantau dan mengambil tindakan serta mendukung Budaya Keselamatan di seluruh area RS.**

### **Maksud dan Tujuan TKRS 13**

Budaya keselamatan di RS merupakan suatu lingkungan kolaboratif di mana para dokter saling menghargai satu sama lain, para pimpinan mendorong kerja sama tim yang efektif dan menciptakan rasa aman secara psikologis serta anggota tim dapat belajar dari insiden keselamatan pasien, para pemberi layanan menyadari bahwa ada keterbatasan manusia yg bekerja dalam suatu sistem yang kompleks dan terdapat suatu proses pembelajaran serta upaya untuk mendorong perbaikan.

Budaya keselamatan juga merupakan hasil dari nilai-nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku individu maupun kelompok yg menentukan komitmen terhadap, serta kemampuan mengelola pelayanan kesehatan maupun keselamatan. Keselamatan dan mutu berkembang dalam suatu lingkungan yang membutuhkan kerja sama dan rasa hormat satu sama lain, tanpa memandang jabatannya. Pimpinan RS menunjukkan komitmennya mendorong terciptanya budaya keselamatan, tidak mengintimidasi dan atau mempengaruhi staf dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

### **Direktur menetapkan Program Budaya Keselamatan di RS yang mencakup:**

- a) Perilaku memberikan pelayanan yg 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 RS 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 yg 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 yg aman.
- h) Menanggapi perilaku yang tidak diinginkan pada semua staf pada semua jenjang di RS, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis dan nonklinis, dokter praktisi mandiri, representasi pemilik dan anggota Dewan Pengawas.

**Perilaku yg tidak mendukung budaya keselamatan** di antaranya adalah: perilaku yg tidak layak seperti kata-kata atau bahasa tubuh yg merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat dan memaki, perilaku yg mengganggu, bentuk tindakan verbal atau nonverbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain, perilaku yg melecehkan (*harassment*) terkait dengan ras, agama, dan suku termasuk gender serta pelecehan seksual.



Seluruh pemangku kepentingan di RS bertanggungjawab mewujudkan budaya keselamatan dengan berbagai cara. Saat ini di RS masih terdapat budaya menyalahkan orang lain ketika terjadi suatu kesalahan (*blaming culture*), yg akhirnya menghambat budaya keselamatan sehingga pimpinan RS harus menerapkan perlakuan yg adil (***just culture***) ketika terjadi kesalahan, dimana ada saatnya staf tidak disalahkan ketika terjadi kesalahan, misalnya pada kondisi:

- a) Komunikasi yang kurang baik antara pasien dan staf.
- b) Perlu pengambilan keputusan secara cepat.
- c) Kekurangan staf dalam pelayanan pasien.

Di sisi lain terdapat kesalahan yg dapat diminta pertanggungjawabannya ketika staf dengan sengaja melakukan perilaku yg tidak diinginkan (**perilaku sembrono**) misalnya:

- a) Tidak mau melakukan kebersihan tangan.
- b) Tidak mau melakukan time-out (jeda) sebelum operasi.
- c) Tidak mau memberi tanda pada lokasi pembedahan.

RS harus meminta pertanggungjawaban perilaku yg tidak diinginkan (perilaku sembrono) dan tidak mentoleransinya. Pertanggungjawaban dibedakan atas:

- a) Kesalahan manusia (**human error**) adalah tindakan yang tidak disengaja yaitu melakukan kegiatan tidak sesuai dengan apa yg seharusnya dilakukan.
- b) Perilaku berisiko (**risk behaviour**) adalah perilaku yang dapat meningkatkan risiko (misalnya, mengambil langkah pada suatu proses layanan tanpa berkonsultasi dengan atasan atau tim kerja lainnya yang dapat menimbulkan risiko).
- c) perilaku sembrono (**reckless behavior**) adalah perilaku yang secara sengaja mengabaikan risiko yang substansial dan tidak dapat dibenarkan.

Elemen Penilaian TKRS 13	Instrumen Survei KARS		Skor	
1. Pimpinan RS menetapkan Program Budaya Keselamatan yang mencakup poin a) s/d h) dalam maksud dan tujuan serta mendukung penerapannya secara akuntabel dan transparan.	R	Regulasi berupa Program Budaya Keselamatan meliputi a) sampai dengan h)	10 - 0	TL - TT
2. Pimpinan RS menyelenggarakan pendidikan dan menyediakan informasi (kepuustakaan dan laporan) terkait budaya keselamatan bagi semua staf yang bekerja di RS.	D	Bukti tentang: a) Edukasi semua staf di rumah sakit tentang budaya keselamatan b) Penyediaan informasi (kepuustakaan) terkait budaya keselamatan c) Penyediaan sistem pelaporan bila ada insiden terkait budaya keselamatan/perilaku yang tidak diinginkan	10 5 0	TL TS TT
3. Pimpinan RS menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di RS.	O	Tersedia sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan (misal: IT untuk sistem pelaporan, perpustakaan budaya keselamatan) Catatan: perpustakaan dapat online/onsite/hybrid Komite Mutu RS	10 5 0	TL TS TT



<p><b>4. Pimpinan RS mengembangkan sistem yang rahasia, sederhana dan mudah diakses bagi staf untuk mengidentifikasi dan melaporkan perilaku yang tidak diinginkan dan menindaklanjutinya.</b></p>	<p><b>O</b></p>	<p><b>Lihat sistem pelaporan insiden perilaku yang tidak diinginkan memenuhi ketentuan sebagai berikut:</b></p> <p>a) Kerahasiaan b) Sederhana (user friendly) c) Mudah diakses oleh staf rumah sakit.</p>	<p><b>10</b> <b>5</b> <b>0</b></p>	<p><b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b></p>
<p><b>5. Pimpinan RS melakukan pengukuran untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan di RS serta hasil yang diperoleh dipergunakan untuk perbaikan penerapannya di RS.</b></p>	<p><b>D</b></p>	<p><b>Bukti hasil survei budaya keselamatan dan bukti penerapan perbaikan berdasarkan hasil survei</b></p>	<p><b>10</b> <b>5</b> <b>0</b></p>	<p><b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b></p>
<p><b>6. Pimpinan RS menerapkan budaya adil (just culture) terhadap staf yang terkait laporan budaya keselamatan tersebut.</b></p>	<p><b>D</b></p>	<p><b>Bukti RS menerapkan budaya adil (just culture) terhadap staf yang terkait laporan budaya keselamatan tersebut.</b></p>	<p><b>10</b> <b>5</b> <b>0</b></p>	<p><b>TL</b> <b>TS</b> <b>TT</b></p>
	<p><b>W</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>• Direktur RS</b></li> <li><b>• Manajer terkait</b></li> </ul>		





## Maksud dan Tujuan PMKP 10

- **Pengukuran** budaya keselamatan pasien perlu dilakukan oleh RS dengan melakukan **survei budaya keselamatan pasien setiap tahun**.
- Budaya keselamatan pasien juga dikenal sebagai budaya yg aman, yakni sebuah budaya organisasi yg mendorong setiap individu anggota staf (klinis atau administratif) melaporkan hal2 yang menghawatirkan tentang keselamatan atau mutu pelayanan tanpa imbal jasa dari RS.
- Direktur RS melakukan **evaluasi rutin** terhadap hasil survei budaya keselamatan pasien dengan melakukan analisa dan **tindak lanjutnya**.

# **BUDAYA KESELAMATAN**

## **Dalam TKRS 13, PMKP 10 STARKEES.**

**Budaya keselamatan :**

- 1) Staf klinis memperlakukan satu sama lain saling menghargai dan rasa hormat,**
- 2) Staf klinis pemberi asuhan bekerja sama dalam tim yang efektif dan mendukung proses kolaborasi interprofesional**
- 3) Asuhan berfokus pada pasien → PCC & APT.**
- 4) Setiap individu anggota staf (klinis atau administratif) melaporkan hal-hal yang menguatkirkan tentang keselamatan atau mutu pelayanan**

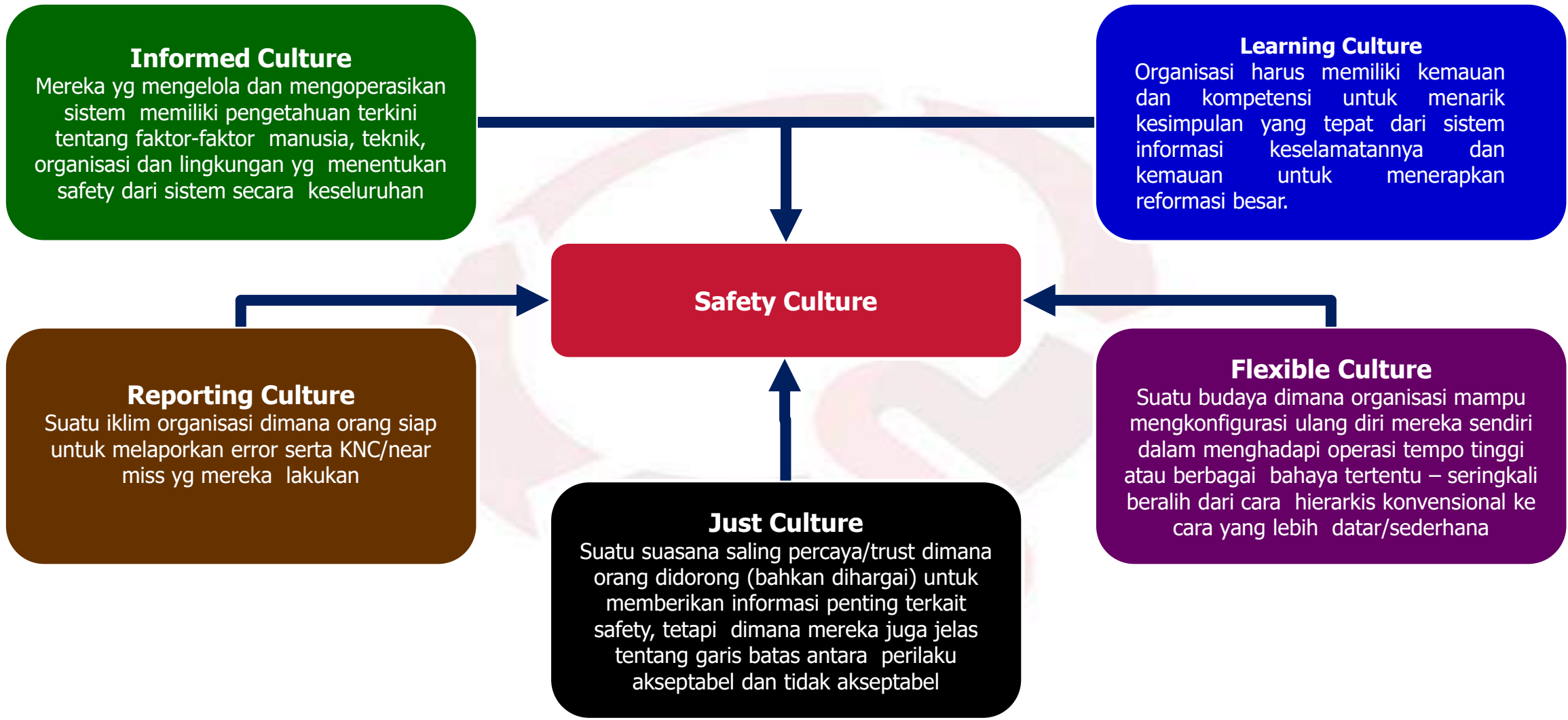


## **Components of Safety Culture** (Based on Reason,J)

- 1. INFORMED CULTURE**
- 2. REPORTING CULTURE**
- 3. JUST CULTURE**
- 4. FLEXIBLE CULTURE**
- 5. LEARNING CULTURE**

- 1. BUDAYA TERINFORMASI**
- 2. BUDAYA PELAPORAN**
- 3. BUDAYA YANG ADIL**
- 4. BUDAYA FLEKSIBEL**
- 5. BUDAYA BELAJAR**

# Komponen Budaya Keselamatan





## Definisi Patient Safety Culture

"Nilai-nilai yg dianut staf RS ttg apa yg penting, kepercayaan mereka ttg bagaimana segala sesuatu beroperasi dalam RS, dan interaksi ini dengan unit kerja dan struktur organisasi dan sistem, yg bersama-sama menghasilkan norma perilaku dalam RS yg mempromosikan keselamatan"

## **Dimensions of Patient Safety Culture**

- 1. LEADERSHIP CULTURE**
- 2. TEAMWORK CULTURE**
- 3. CULTURE OF EVIDENCE-BASED PRACTICE**
- 4. COMMUNICATION CULTURE**
- 5. LEARNING CULTURE**
- 6. JUST CULTURE**
- 7. PATIENT-CENTERED CULTURE**

*(Botwinick, L., Bisognano, M., & Haraden, C. (2006). Leadership guide to patient safety. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement. Retrieved from [www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/LeadershipGuideToPatientSafetyWhitePaper.aspx](http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/LeadershipGuideToPatientSafetyWhitePaper.aspx))*



## Leadership culture

Pemimpin mengakui lingkungan yang berisiko tinggi dan berusaha menyelaraskan visi / misi, kompetensi staf, dan sumber daya fiskal dan manusia dari ruang rapat ke garis depan.

## Teamwork culture

Semangat kolegialitas, kolaborasi, dan kerja sama ada di kalangan eksekutif, staf, dan praktisi independen. Hubungan terbuka, aman, hormat, dan fleksibel.

## Culture of evidence-based practice

Praktik asuhan pasien didasarkan pada bukti. Standardisasi untuk mengurangi variasi terjadi pada setiap kesempatan. Prosesnya dirancang untuk mencapai kehandalan yang tinggi.

## Communication culture

Lingkungan ada di tempat anggota staf individu, tidak peduli apa deskripsi pekerjaannya, memiliki hak dan tanggung-jawab untuk berbicara atas nama pasien.

## Learning culture

RS belajar dari kesalahannya dan mencari peluang baru untuk peningkatan kinerja. Belajar dihargai di antara semua staf, termasuk staf medis.

## Just culture

Budaya yang mengenali kesalahan sebagai kegagalan sistem daripada kegagalan individu dan, pada saat yang sama, akuntabilitas individu atas tindakan.

## Patient-centered culture

Asuhan pasien berpusat di sekitar pasien dan keluarga. Pasien bukan hanya peserta aktif dalam asuhannya sendiri, tapi juga bertindak sebagai penghubung antara RS dan masyarakat.

**Key components of safety culture (JCI)**

- |   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li><b>1. Trust</b></li><li><b>2. Accountability</b></li><li><b>3. Identifying unsafe conditions</b></li><li><b>4. Strengthening systems</b></li><li><b>5. Assessment</b></li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li><b>1. Kepercayaan</b></li><li><b>2. Akuntabilitas</b></li><li><b>3. Mengidentifikasi kondisi yang tidak aman</b></li><li><b>4. Penguatan sistem</b></li><li><b>5. Penilaian/Pengukuran</b></li></ol> |
|---|--|

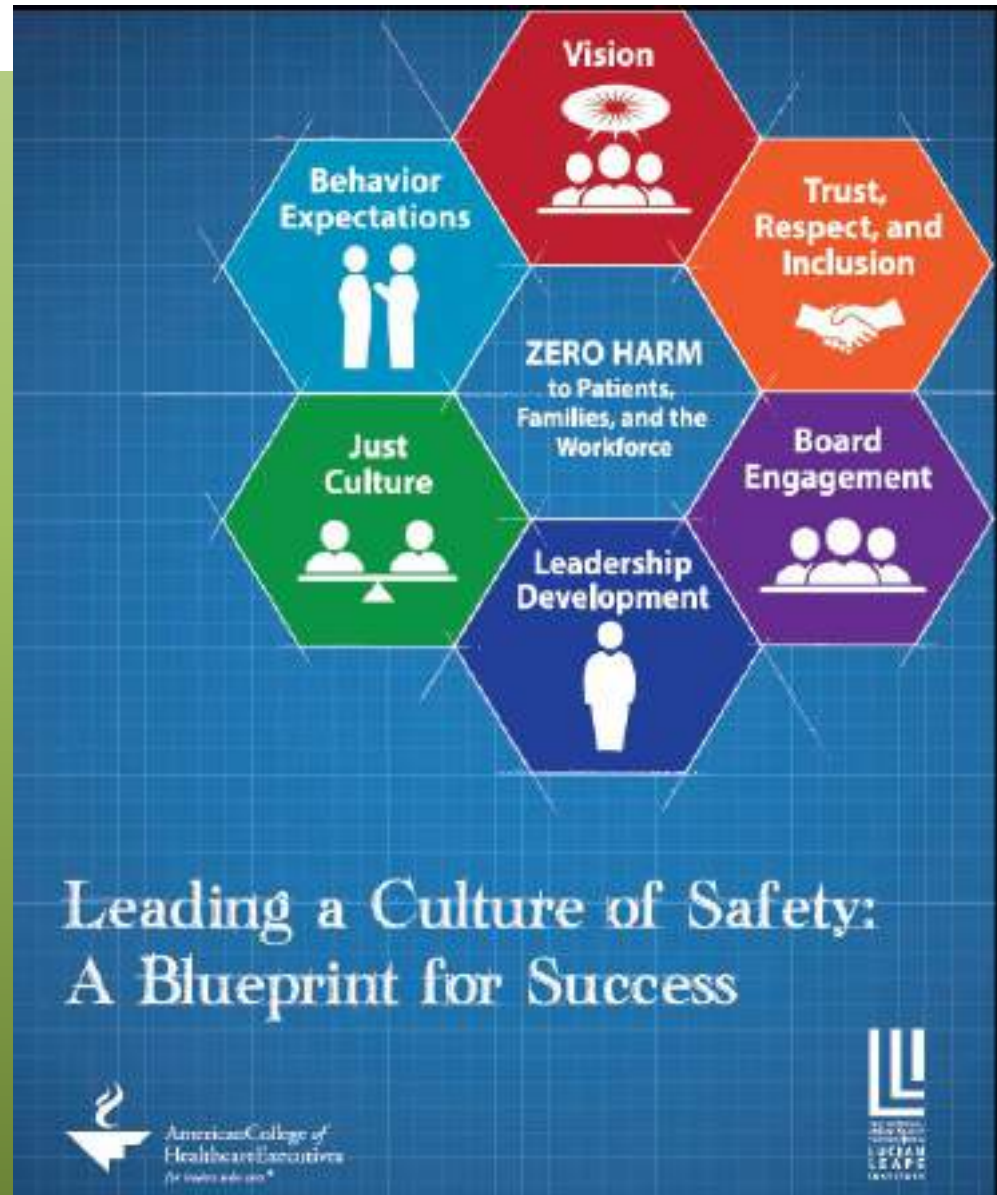


This resource is organized into six leadership domains that require CEO focus and dedication to develop and sustain a culture of safety:

**American College of  
Healthcare Executives,**

**“LEADING A CULTURE  
OF SAFETY: A BLUEPRINT  
FOR SUCCESS”.**

**5/8**



*(Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success. (2016).  
American College of Healthcare Executives, and The National Patient  
Safety Foundation's Lucian Leape Institute)*

## Domain Budaya Keselamatan

- |   |   |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Establish a compelling vision for safety.</li><li>2. Build trust, respect, and inclusion.</li><li>3. Select, develop, and engage your Board.</li><li>4. Prioritize safety in the selection and development of leaders.</li><li>5. Lead and reward a just culture.</li><li>6. Establish organizational behavior expectations.</li></ol> | <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tetapkan visi yang meyakinkan untuk keselamatan.</li><li>2. Bangun kepercayaan, rasa hormat, dan inklusi.</li><li>3. Pilih, kembangkan, dan libatkan Dewan anda.</li><li>4. Prioritaskan keselamatan dalam pemilihan dan pengembangan pemimpin.</li><li>5. Pimpin dan beri penghargaan pada budaya yang adil / just culture.</li><li>6. Tetapkan ekspektasi perilaku organisasi.</li></ol> |
|---|---|

# Patient Safety

A broad range of safety culture properties organized into seven subcultures

6/8

- 1 Leadership culture**
- 2 Teamwork culture**
- 3 Evidence-based care culture**
- 4 Communication culture**
- 5 Learning culture**
- 6 Just culture**
- 7 Patient-centered care culture.**

*(Stavrianopoulos, T : The Development of Patient Safety Culture. Health Science Journal. (2012). vol 6 issue 2.)*

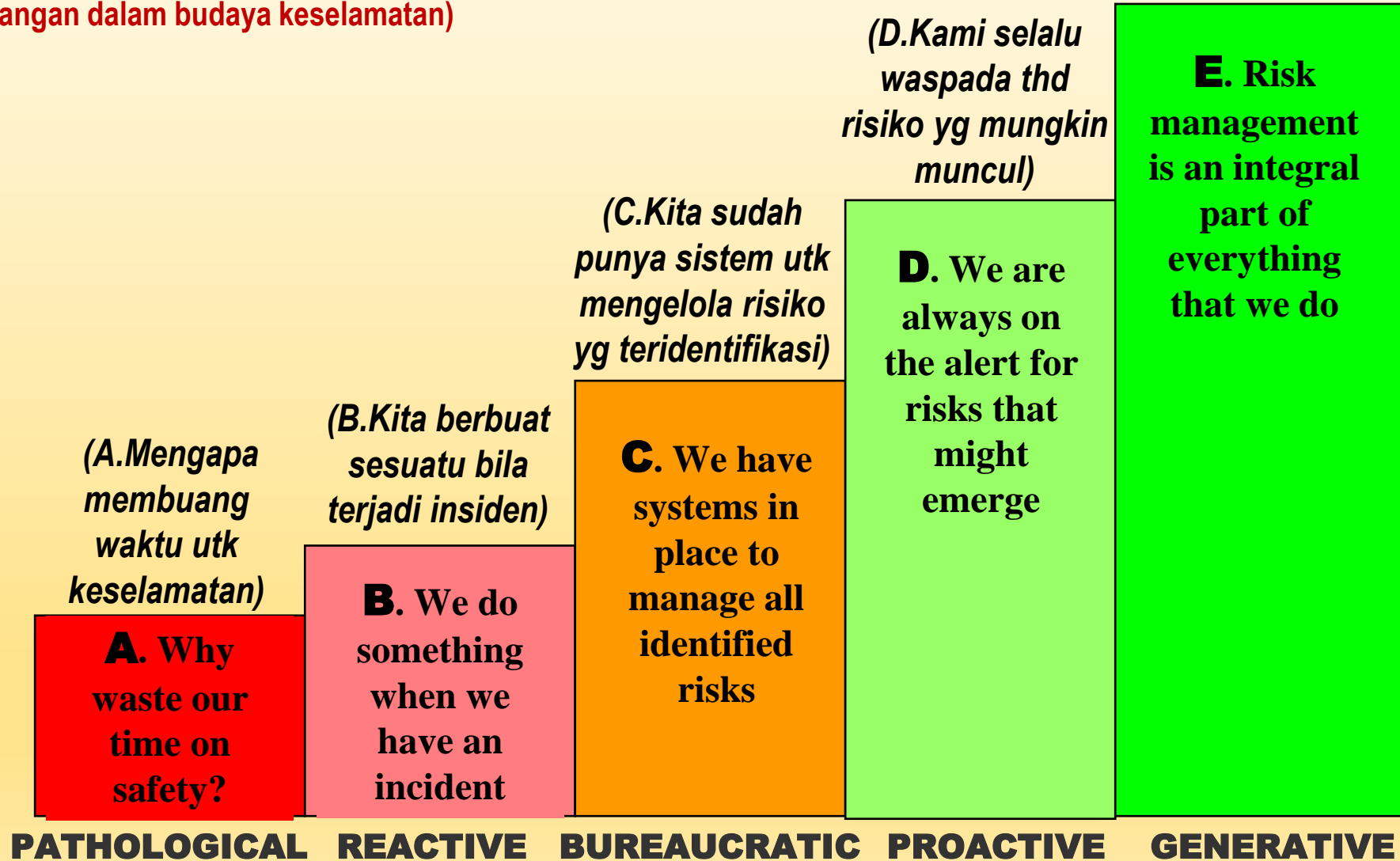


## Manchester Patient Safety Framework – MaPSaF

### Levels of maturity with respect to a safety culture

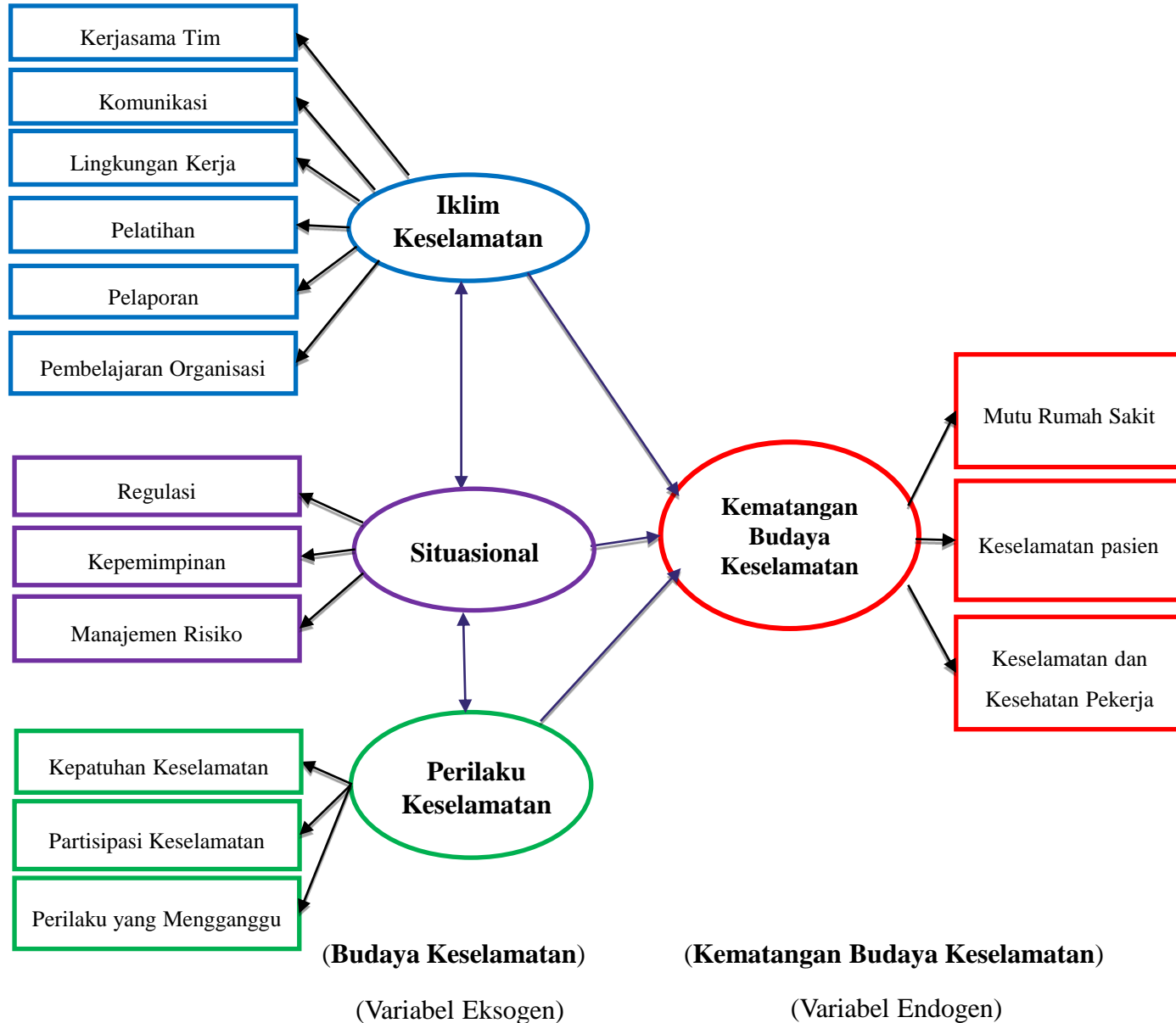
(Tingkat kematangan dalam budaya keselamatan)

(E.Manajemen risiko merupakan bagian integral dari semua yg kami lakukan)



- A. Pathological:** organisasi dgn sikap yg berlaku *“mengapa membuang waktu kita pada keselamatan”* dan hanya sedikit atau tidak ada investasi dalam meningkatkan keselamatan.
- B. Reactive:** organisasi yg hanya memikirkan keamanan setelah insiden terjadi.
- C. Bureaucratic:** organisasi yg sangat berbasis kertas dan keselamatan melibatkan kotak centang utk membuktikan kepada auditor dan penilai bahwa mereka berfokus pada keselamatan.
- D. Proactive:** organisasi yg menempatkan nilai tinggi pada peningkatan keselamatan, aktif berinvestasi dalam peningkatan keselamatan berkelanjutan dan memberi penghargaan kpd staf yg meningkatkan masalah terkait keselamatan.
- E. Generative:** nirwana dari semua organisasi keselamatan di mana keselamatan merupakan bagian integral dari semua yg mereka lakukan. Dalam organisasi generatif, keselamatan benar2 ada dalam hati dan pikiran semua orang, mulai dari manajer senior hingga staf garis depan.

# Kerangka Konsep Kematangan Budaya Keselamatan DUTA-RS



## Hipotesis

1

Ada pengaruh variabel iklim keselamatan (kerjasama tim, komunikasi, lingkungan kerja, pelatihan, pelaporan, pembelajaran organisasi) terhadap Kematangan budaya keselamatan rumah sakit meliputi mutu layanan RS, keselamatan pasien, keselamatan dan kesehatan pekerja.

2

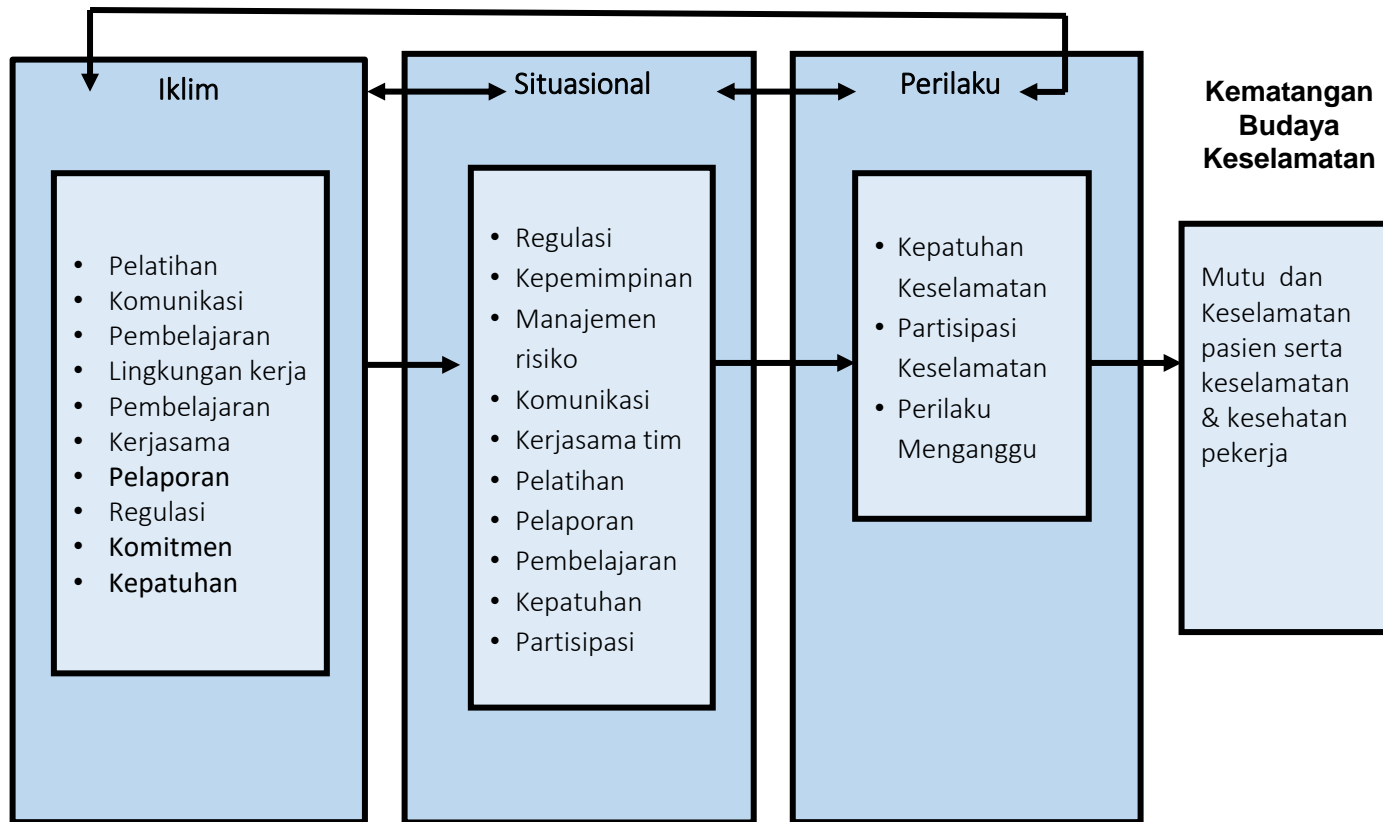
Ada pengaruh variabel situasional/manajemen keselamatan (regulasi, kepemimpinan, manajemen risiko) terhadap Kematangan budaya keselamatan rumah sakit meliputi mutu layanan RS, keselamatan pasien, keselamatan dan kesehatan pekerja.

3

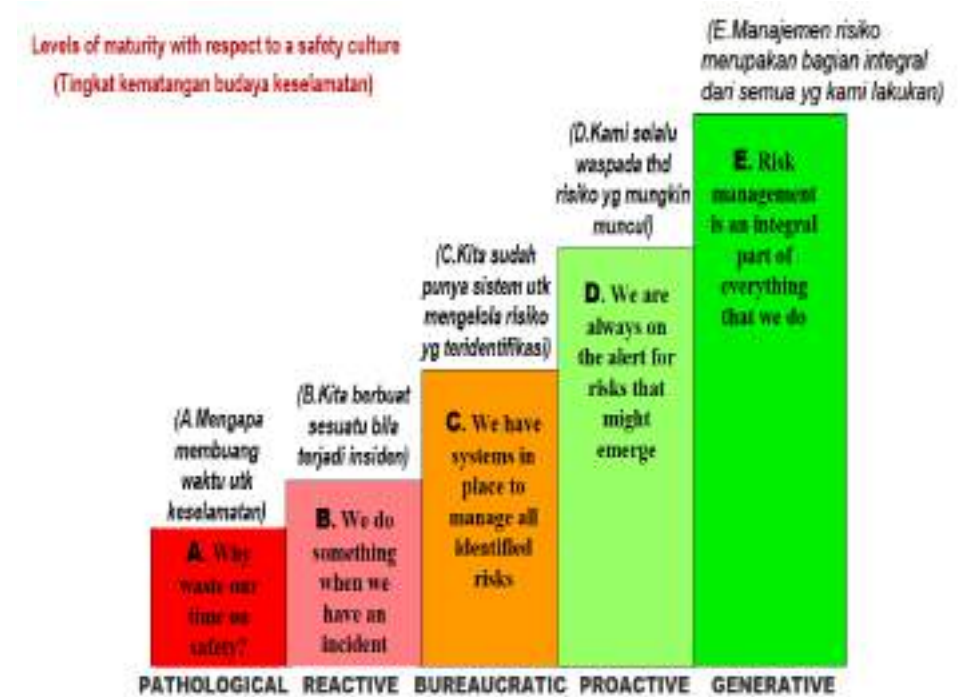
Ada pengaruh variabel perilaku keselamatan (kepatuhan, partisipasi keselamatan, perilaku mengganggu) terhadap kematangan budaya keselamatan rumah sakit meliputi mutu layanan RS, keselamatan pasien, keselamatan dan Kesehatan pekerja.



# Kerangka Teori



**Model Modifikasi Determinisme Timbal Balik Cooper**



**Kematangan Budaya Keselamatan MaPSAF**

(University of Manchester, 2006)

# Core Concept Budaya Keselamatan

\*DNA of Care

- Safety
- Quality
- Culture



\*Harty, P. 2017. Patient voice and DNA of Care. ISQMS Conference, London

(Nico Lumenta, 2020)

# Safety Culture Competence



(Nico Lumenta, 2020)



## Cultural competence

**Cultural competence** is defined as a set of congruent behaviors, attitudes, and policies that come together in a system, agency, or among professionals to facilitate effective work in cross-cultural situations.

(Cross, T., Bazron, B., Dennis, K., & Isaacs, M., 1989. *Towards a culturally competent system of care. Encyclopedia of Behavioral Medicine, 2013.*)

**Kompetensi budaya** didefinisikan sebagai sekumpulan perilaku, sikap, dan kebijakan yg bersatu dalam suatu sistem, lembaga, atau di antara para profesional untuk memfasilitasi pekerjaan yg efektif dalam situasi lintas budaya.

### **Kesadaran budaya (Cultural awareness)**

- adalah kemampuan seseorang utk melihat ke luar dirinya sendiri dan menyadari akan nilai2 budaya, kebiasaan budaya yg masuk.
- Dapat menilai apakah hal tsb normal dan dapat diterima pd budayanya atau mungkin tdk lazim atau tdk dapat diterima di budaya lain.
- Perlu memahami budaya yg berbeda dari dirinya dan menyadari kepercayaannya dan adat istiadatnya dan mampu untuk menghormatinya

**Kompetensi budaya** adalah tingkat tertinggi dari kesadaran budaya

- Kompetensi budaya berfungsi untuk dapat menentukan dan mengambil suatu keputusan dan kecerdasan budaya.
- Kompetensi budaya merupakan pemahaman thd kelenturan budaya (*culture adhesive*).
- Penting karena dengan kecerdasan budaya seseorang memfokuskan pemahaman pada perencanaan dan pengambilan keputusan pada suatu situasi tertentu.

© 2014

## Why is it important to be culturally competent?

- Increased respect
- Increased creativity
- Decreased unwanted surprises
- Increased participation from cultural groups
- Increased trust and cooperation
- Overcome fear of mistakes and conflict
- Promotes inclusion and equality

- Meningkatkan respek
- Meningkatkan kreativitas
- Mengurangi kejutan yg tidak diinginkan
- Meningkatkan partisipasi dari grup budaya
- Meningkatkan kepercayaan dan kerja sama
- Mengatasi rasa takut akan kesalahan dan konflik
- Mempromosikan inklusi dan kesetaraan







**Video**

***“What is Cultural Competency”***

(3,5')



# **Peran Pimpinan Dalam Penerapan dan Pengukuran Budaya Keselamatan**

# Budaya Keselamatan

Rangkuman Berbagai Core Concept

## \*DNA of Care

-  Safety
-  Quality
-  Culture





## Peran Pimpinan Dalam Budaya Keselamatan Pasien

### Standar TKRS 4. Pimpinan RS

merencanakan, mengembangkan, dan menerapkan program peningkatan mutu dan keselamatan pasien.

### Standar TKRS 5

Direktur dan Pimpinan RS berpartisipasi dalam menetapkan prioritas perbaikan di tingkat RS yg merupakan proses yang berdampak luas/ menyeluruh di RS termasuk di dalamnya kegiatan keselamatan pasien serta analisa dampak dari perbaikan yg telah dilakukan.

Standar TKRS 13. Pimpinan RS menerapkan, memantau dan mengambil tindakan serta mendukung Budaya Keselamatan di seluruh area RS.

### Standar TKRS 13:

- EP 1: Pimpinan RS menetapkan Program Budaya Keselamatan yg mencakup poin a) sampai dengan h) dalam maksud dan tujuan serta mendukung penerapannya secara akuntabel dan transparan.
- EP 5: Pimpinan RS melakukan pengukuran untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan di RS serta hasil yang diperoleh dipergunakan untuk perbaikan penerapannya di RS.

### TKRS 13 EP 1: Program Budaya Keselamatan di rumah sakit mencakup:

- a) Perilaku memberikan pelayanan yang aman secara konsisten untuk mencegah terjadinya kesalahan pada pelayanan berisiko tinggi.
- b)....

# Peran Pimpinan Dalam Budaya Keselamatan Pasien

TKRS 13 EP 1:

**Program Budaya Keselamatan** di RS 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 RS 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 RS, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis dan nonklinis, dokter praktisi mandiri, representasi pemilik dan anggota Dewan pengawas.

**Standar PMKP 10. RS melakukan pengukuran dan evaluasi budaya keselamatan pasien.**

Standar PMKP 10.

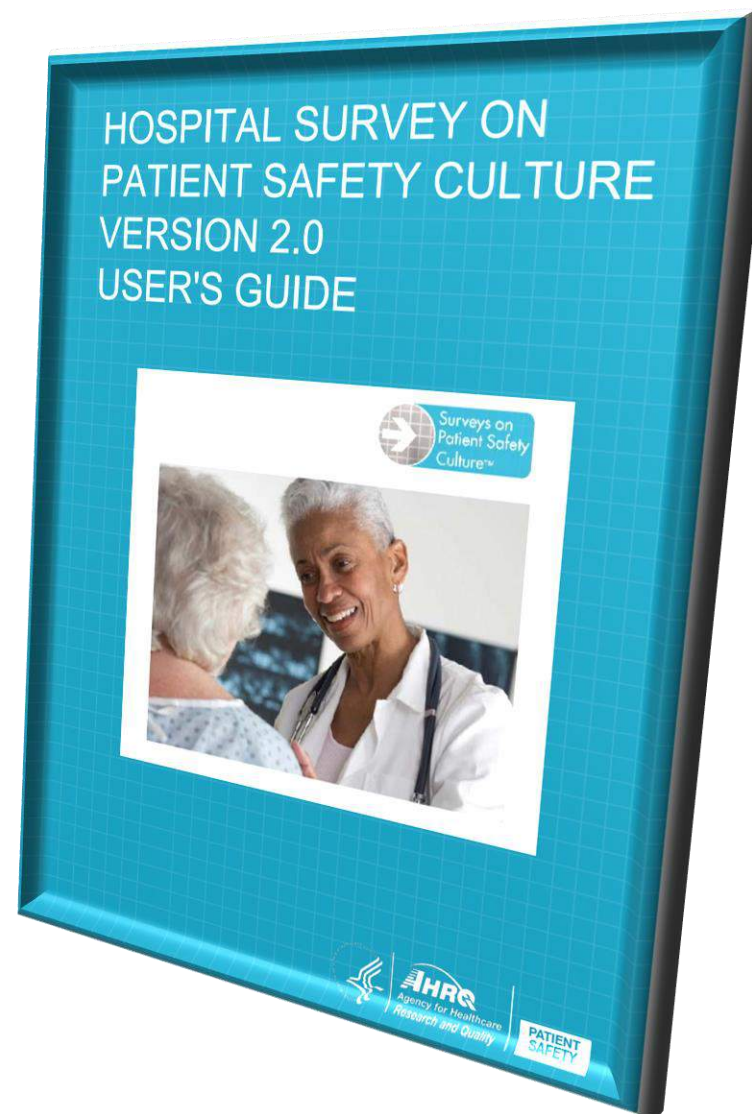
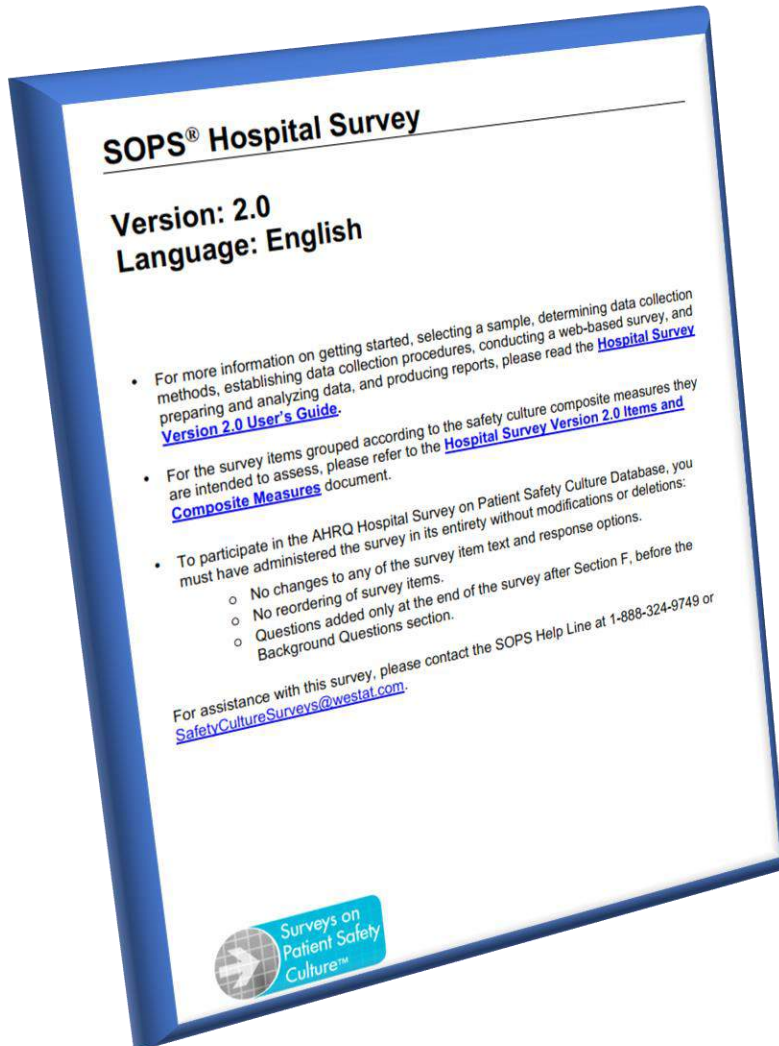
EP 1: RS telah melaksanakan **pengukuran budaya keselamatan pasien** dengan survei budaya keselamatan pasien setiap tahun menggunakan metode yang telah terbukti.

EP 2: Hasil **pengukuran budaya** sebagai acuan dalam **menyusun program peningkatan budaya keselamatan** di RS.

TKRS 13 EP 1:

**Program Budaya Keselamatan di rumah sakit** mencakup: a) sd/ h).

# HSOPS : Hospital Survey on Patient Safety Culture



(AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture  
Version 2.0: User's Guide)



# Peran Pimpinan Dalam Budaya Keselamatan Pasien

## SOPS Frequently Asked Questions (FAQs)

(SOPS -Survey on Patient Safety Culture,  
<https://www.ahrq.gov/sops/about/faq.html>)

### 1. Mengapa RS harus melakukan survei budaya keselamatan?

Jawaban: Survei budaya keselamatan berguna untuk mengukur kondisi organisasi yang dapat menyebabkan kejadian buruk dan membahayakan pasien di RS. Organisasi yang ingin menilai budaya keselamatan pasien yg ada harus mempertimbangkan untuk melakukan survei budaya keselamatan.

Survei budaya keselamatan dapat digunakan untuk:

- a. Meningkatkan kesadaran staf tentang keselamatan pasien.
- b. Kaji status budaya keselamatan pasien saat ini.
- c. Identifikasi kekuatan dan area untuk peningkatan budaya keselamatan pasien.
- d. Memeriksa tren perubahan budaya keselamatan pasien dari waktu ke waktu.
- e. Mengevaluasi dampak budaya pada kegiatan pelayanan terkait intervensi keselamatan pasien.

## 2. Ada survei budaya organisasi dan budaya keselamatan lainnya; mengapa RS harus menggunakan salah satu Survei AHRQ tentang Budaya Keselamatan Pasien?

Jawaban: Survei AHRQ tentang Budaya Keselamatan Pasien memiliki beberapa keunggulan:

1. **Gratis.** tersedia untuk umum. Survei dikembangkan oleh AHRQ dan tersedia secara gratis.
2. **Instrumen menyeluruh.** Survei dirancang untuk diberikan kepada semua jenis staf, termasuk staf klinis dan nonklinis di RS. Mereka dapat digunakan untuk menilai unit atau departemen individu atau dapat dikelola di seluruh organisasi.
3. **Terpercaya dan valid.** Proses pengembangan survei dilakukan secara hati-hati dan teliti, berdasarkan tinjauan penelitian yang ada dan survei budaya lainnya. Lebih penting lagi, item survei telah menunjukkan reliabilitas dan validitas.
4. **Komprensif dan spesifik.** Survei tersebut mencakup beberapa area budaya keselamatan pasien, memberikan tingkat detail yang membantu RS mengidentifikasi area spesifik kekuatan dan area untuk perbaikan. Selain itu, ada item tambahan yang dapat ditambahkan pengguna untuk menilai konten di area yang tidak termasuk dalam kuesioner inti (misalnya, Item Tambahan Keselamatan Pasien Teknologi Informasi Kesehatan dan Item Tambahan Nilai dan Efisiensi).
5. **Mudah digunakan.** .....

5. **Mudah digunakan.** Setiap survei memiliki materi sumber yg menyertai:

- o Formulir Survei.

- o Item Survei dan Tindakan Komposit.

- o Panduan Pengguna Survei: Memberikan petunjuk langkah demi langkah tentang cara memilih sampel, mengelola survei dan memperoleh tingkat respons yang tinggi, serta cara menganalisis dan melaporkan hasil.

- o Alat Entri dan Analisis Data: Alat entri dan analisis data yang bekerja dengan Microsoft® Excel dan memudahkan untuk memasukkan data tingkat individu Anda dari survei. Alat ini kemudian secara otomatis membuat tabel dan grafik untuk menampilkan hasil survei Anda.

6. **Repositori/Layanan data.** AHRQ menetapkan Database SOPS sebagai pusat penyimpanan data survei dari setiap survei SOPS. Organisasi perawatan kesehatan yg mengelola salah satu survei budaya keselamatan pasien AHRQ dapat secara sukarela menyerahkan data mereka ke database yg sesuai dan membandingkan hasil survei mereka dengan database.



### **3. Seberapa sering RS harus mengelola Survei AHRQ tentang Budaya Keselamatan Pasien?**

Jawaban: Rata-rata, RS yg telah mengajukan Survei Rumah Sakit tentang Budaya Keselamatan Pasien lebih dari satu kali melakukan survei ulang setiap 24 bulan. Meskipun kami tidak memberikan rekomendasi apa pun mengenai kapan harus mengelola kembali survei, kami berhati-hati agar tidak memberikan survei yg berjarak kurang dari 6 bulan.

### **4. Apa yang dimaksud dengan ukuran komposit atau dimensi?**

Jawaban: Survei tentang Budaya Keselamatan Pasien Item survei dikelompokkan ke dalam area budaya keselamatan pasien yg ingin diukur. Area2 ini disebut sebagai ukuran atau dimensi komposit/ gabungan. Istilah ukuran dan dimensi komposit digunakan secara bergantian untuk merujuk pada pengelompokan item survei ini yg mengukur area budaya keselamatan pasien yg sama.

### **5. Bagaimana cara meningkatkan tingkat respons saya?**

Jawaban: Ada banyak cara untuk meningkatkan tingkat respons survei Anda, tetapi itu akan membutuhkan usaha dan perencanaan yg matang. Berikut adalah beberapa strategi yg perlu dipertimbangkan:

1. Libatkan kepemimpinan.
2. Publikasikan survei.
3. Gunakan praktik terbaik survei.
4. Ciptakan semangat bersaing.
5. Memberikan insentif survei.

## **6. Berapa lama SOPS Hospital Survey 2.0 (HSOPS 2.0)?**

Jawaban: HSOPS 2.0 memiliki total 40 item survei (dibandingkan dengan 51 item survei di HSOPS 1.0) dan dibutuhkan sekitar 10-15 menit untuk menyelesaikannya. Sebagian besar item survei menggunakan opsi jawaban Sangat Tidak Setuju/Sangat Setuju atau Tidak Pernah/Selalu. Survei juga menyertakan opsi respons “Tidak berlaku atau Tidak tahu”. Bagian untuk komentar terbuka ada di akhir survei.

## **7. Area budaya keselamatan pasien apa yang dinilai pada SOPS Hospital Survey 2.0 (HSOPS 2.0)?**

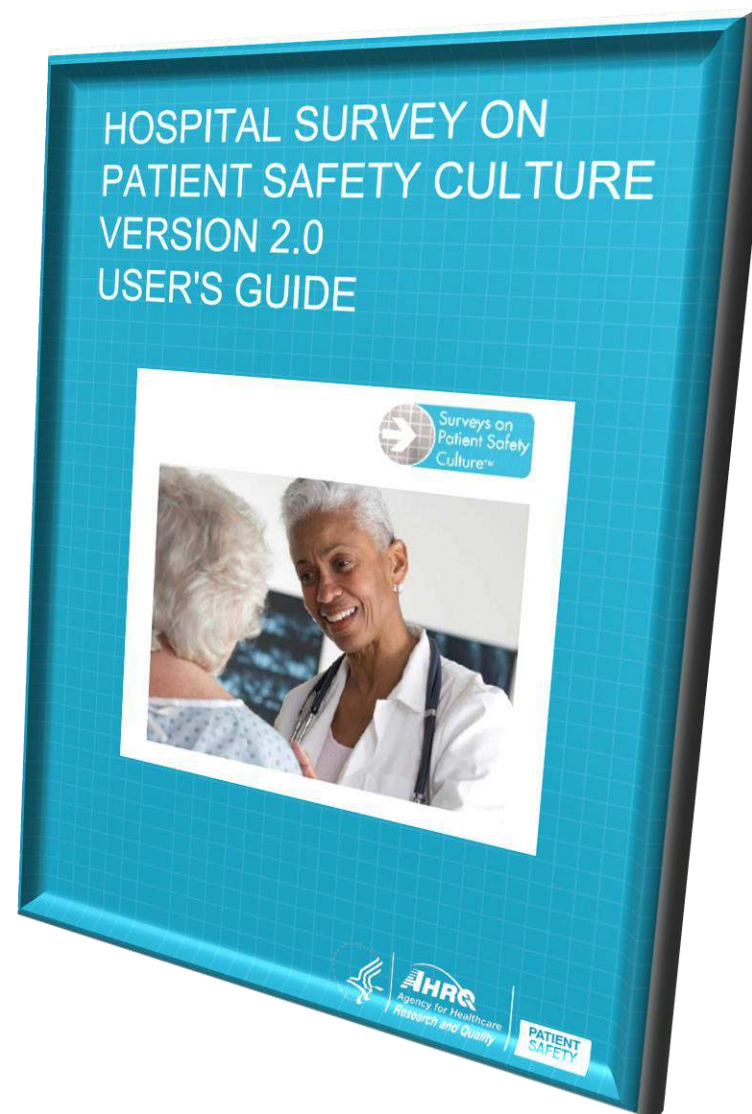
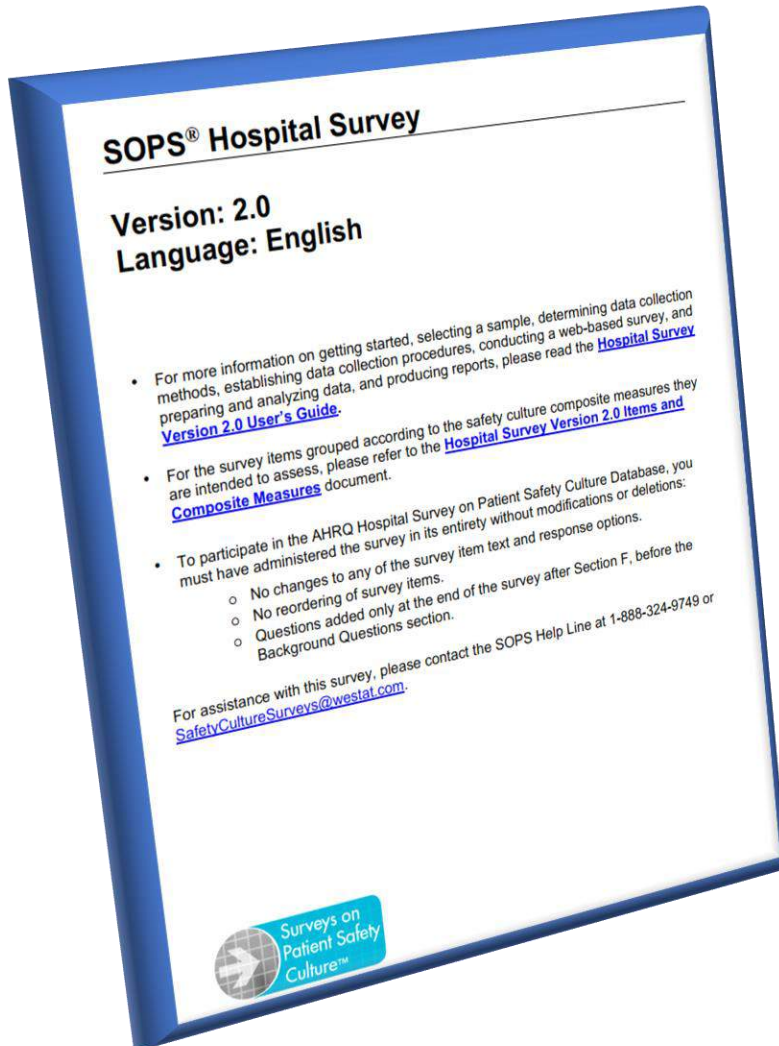
Jawaban: HSOPS 2.0 memiliki 10 tindakan gabungan (sekelompok 2 hingga 4 item survei yang menilai area budaya keselamatan pasien yang sama):

1. Komunikasi Tentang Kesalahan (3 item)
2. Keterbukaan Komunikasi (4 item)
3. Serah Terima dan Pertukaran Informasi (3 item)
4. Dukungan Manajemen Rumah Sakit untuk Keselamatan Pasien (3 item)
5. Pembelajaran Organisasi—Peningkatan Berkelanjutan (3 item)
6. Melaporkan Kejadian Keselamatan Pasien (2 item)
7. Respon terhadap Error (4 item)
8. Kepegawaian dan Kecepatan Kerja (4 item)
9. Supervisor, Manajer, atau Pemimpin Klinis Dukungan untuk Keselamatan Pasien (3 item)
10. Kerjasama Tim (3 item)

# Pengukuran Budaya



# HSOPS : Hospital Survey on Patient Safety Culture



(AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture  
Version 2.0: User's Guide)

- ❑ Karena RS terus berupaya meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas, kepemimpinan RS semakin menyadari pentingnya membangun budaya keselamatan pasien. Budaya keselamatan pasien mengacu pada keyakinan, nilai, dan norma yang dimiliki bersama oleh praktisi dan staf kesehatan seluruh organisasi yang mempengaruhi tindakan dan perilaku mereka.
- ❑ Budaya keselamatan pasien dapat diukur dengan menentukan apa yg penting dan apa sikap dan perilaku dihargai, didukung, diharapkan, dan diterima, berkaitan dengan keselamatan pasien. Amat penting untuk secara luas membangun budaya keselamatan pasien karena ada di berbagai tingkatan: dalam sistem pelayanan kesehatan, RS, departemen, dan unit.



# KUESIONER SURVEI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

RS .....

## INSTRUKSI

Survei ini dilakukan untuk mengetahui persepsi staf mengenai *patient safety*, *medical error* dan pelaporan insiden di rumah sakit.

Isi kuesioner ini dalam waktu 15 menit.

Isilah kuesioner ini dengan jujur sesuai keadaan/suasana kerja di unit anda.

”Kejadian” (Event) : semua jenis ”error”, kesalahan, insiden, kecelakaan atau penyimpangan baik yang menyebabkan cedera ataupun yang tidak menyebabkan cedera pada pasien

”Keselamatan Pasien” (Patient Safety) : menghindari dan mencegah cedera pasien atau Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) pada pasien yang diakibatkan oleh proses pemberian pelayanan kesehatan.



## Survei Rumah Sakit SOPS versi 2.0. tahun 2019

- Survei Budaya KP RS <sup>TM</sup> (SOPS <sup>TM</sup>) Survey Versi 2.0 membantu RS menilai budaya KP. Survei ini adalah pembaruan dari SOPS (1.0) AHRQ tahun 2004.
- Survei Rumah Sakit SOPS 2.0 memiliki total **40 item yang survei:**
  - 8 item tunggal:
    - 1 item menanyakan berapa Insiden keselamatan pasien yang dilaporkan r
    - 1 item meminta responden memberikan Level keselamatan pasien untuk unit / area kerjanya
    - 6 item tentang karakteristik latar belakang responden (posisi staf, unit / wilayah kerja, masa kerja rumah sakit, masa kerja unit / wilayah kerja, jam kerja, interaksi dengan pasien)
  - 32 item dikelompokkan menjadi 10 *composite measure*. pengelompokan dua / lebih item yang menilai bidang budaya keselamatan pasien yang sama.

Tabel 1. Survei Rumah Sakit SOPS 2.0 Pengukuran Komposit Budaya Keselamatan Pasien

Pengukuran composite budaya keselamatan pasien	Definisi	Jumlah pertanyaan
1. Komunikasi Tentang Kesalahan	Staf diberi tahu jika terjadi kesalahan, diskusikan cara untuk mencegah kesalahan, dan diberi tahu jika ada perubahan.	3
2. Keterbukaan Komunikasi	Staf angkat bicara jika mereka melihat sesuatu yang tidak aman dan merasa nyaman mengajukan pertanyaan.	4
3. Serah terima dan Pertukaran Informasi	Informasi penting perawatan pasien ditransfer saat serah Terima antar unit rumah sakit dan selama pergantian shift.	3
4. Dukungan Manajemen Rumah Sakit untuk Keselamatan Pasien	Manajemen rumah sakit menunjukkan bahwa keselamatan pasien adalah prioritas utama dan menyediakan sumber daya yang memadai untuk keselamatan pasien.	3
5. Pembelajaran Organisasi—Peningkatan Berkesinambungan	Proses kerja ditinjau secara berkala, perubahan dilakukan untuk mencegah kesalahan terjadi lagi, dan perubahan dievaluasi.	3
6. Melaporkan Insiden Keselamatan Pasien	Jenis kesalahan berikut dilaporkan: (1) kesalahan yang diketahui dan diperbaiki sebelum mengenai / menimpa pasien dan (2) kesalahan yang dapat merugikan pasien <u>tetapi tidak</u> terjadi.	2
7. Tanggapan atas Kesalahan	Staf diperlakukan dengan adil ketika mereka membuat kesalahan dan <u>fokus</u> untuk belajar dari kesalahan dan mendukung staf yang terlibat dalam kesalahan.	4
8. Kepegawaian dan Kecepatan Kerja	Ada cukup staf untuk menangani beban kerja, staf bekerja sesuai jam dan tidak merasa terburu-buru, dan ada <u>menggunakan staf sementara</u> (kontrak) secara tepat	4
9. Supervisor, Manajer, atau Pimpinan Klinis mendukung Keselamatan Pasien	Supervisor, manajer, atau pemimpin klinis mempertimbangkan saran staf untuk meningkatkan keselamatan pasien, tidak mendorong mengambil jalan pintas, dan mengambil tindakan untuk mengatasi masalah keselamatan pasien.	3
10. Kerja tim	Staf bekerja sama sebagai tim yang efektif, saling membantu selama waktu sibuk, dan saling menghormati.	3

# Siapa yang di Survey

Setiap orang yang disurvei harus memiliki pengetahuan yang cukup tentang RS dan operasionalnya.

Saat mempertimbangkan siapa yang harus survei, tanyakan pada diri Anda:

- Apakah orang tersebut mengetahui kegiatan sehari-hari di rumah sakit ini?
- Apakah orang ini berinteraksi secara teratur dengan staf yang bekerja di RS ini?
  - Besar Sampel : Tentukan Apakah Akan Melakukan Sensus (Populasi) atau Sampel
  - Metode Sampel : Simple random vs systematic random



# Siapa yang di survey ?

- Survei dapat diikuti semua staf RS — mulai dari tata graha dan keamanan hingga perawat dan dokter.
- Staf yang bisa mengikuti Survey :
  1. Staf RS yang kontak langsung atau berinteraksi dengan pasien (staf klinis, seperti perawat, atau staf nonklinis di unit);
  2. Staf RS yang tidak kontak atau interaksi langsung dengan pasien tetapi pekerjaannya secara langsung mempengaruhi perawatan pasien (mis.a, staf di unit seperti apotek, laboratorium / patologi);
  3. Dokter yang bekerja di RS atau dokter kontrak yang menghabiskan sebagian besar jam kerja mereka di RS (mis., dokter di rawat inap, dokter di IGD)
  4. Supervisor, Manajer, dan administrator rumah sakit.



Karena tidak semua orang akan merespons, Anda dapat mengharapkan untuk menerima survei lengkap dari sekitar 30 % hingga 50 % sampel Anda. Tabel 3 menunjukkan ukuran sampel minimum yang direkomendasikan berdasarkan jumlah penyedia dan staf di rumah sakit Anda dan respons yang diharapkan dengan asumsi tingkat respons 50 %

**Tabel 3. Ukuran Sampel Minimum berdasarkan Jumlah Penyedia dan Staf**

<b>Jumlah Penyedia dan Staf</b>	<b>Ukuran Sampel Minimum*</b>	<b>Jumlah Tanggapan yang Diharapkan (Dengan Asumsi Tingkat Tanggapan 50%)</b>
500 (atau kurang)	500 – sensus dari semua penyedia dan staf	250 (atau kurang)
501-699	500	250
700--1.299	600	300
1,300–3,999	700	350
4.000 atau lebih	750	375

\* Ukuran sampel didasarkan pada tiga asumsi: pengambilan sampel acak sederhana atau acak sistematis, tingkat respons 50 persen, dan interval kepercayaan +/- 5 persen.

### Contoh Pemilihan Sampel :

- Mis. Jumlah staf 1.600. : 1.200 perawat dan 400 staf lainnya .
- Anda memutuskan untuk mengambil sampel perawat dan sensus semua staf lainnya.
- Tentukan Ukuran Sampel untuk Perawat : 1.200 → sampel minimum : 600
- Systematic random :  $1.200 : 600 = 2$ .
- Semua staf lain : 400
- Total staf yang di survei : 1.000.
- Saat verifikasi sampel awal 1.000, 25 staf tidak lagi bekerja RS dan dikeluarkan dari daftar. Untuk mengganti nama, pilih secara acak staf tambahan dari posisi atau unit staf yang sama dengan staf yang dikeluarkan.

**Survey dapat dilakukan secara “*Web based*” maupun secara “*paper based*”**



**Tabel HSOPS**  
**Hospital Survey on Patient Safety, v.2, 2019**

▪ <b>Instructions</b>	▪ <b>Instruksi</b>
▪ <b>Staff Position</b>	▪ <b>Posisi Staf</b>
▪ <b>Unit/Work Area</b>	▪ <b>Unit Kerja</b>
<b>SECTION A: Unit/Work Area</b>	<b>Bagian A: Unit Kerja</b>
<b>SECTION B: Supervisor, Manager, or Clinical Leader</b>	<b>Bagian B: Supervisor, Manajer, Pimpinan Klinis</b>
<b>SECTION C: Communication</b>	<b>Bagian C: Komunikasi</b>
<b>SECTION D: Reporting Patient Safety Events</b>	<b>Bagian D : Pelaporan IKP</b>
<b>SECTION E: Patient Safety Rating</b>	<b>Bagian E: Peringkat/Level KP</b>
<b>SECTION F: Your Hospital</b>	<b>Bagian F: Rumah Sakit</b>
▪ <b>Background Questions</b>	▪ <b>Latar Belakang</b>
▪ <b>Your Comments</b>	▪ <b>Komentar</b>

**Tabel HSOPS**  
**Hospital Survey on Patient Safety, v.2, 2019**

<b>Topik</b>	<b># Pertanyaan</b>	<b>Pertanyaan dgn Kata Negatif</b>
1.Instruksi		
2.Posisi Staf		
3.Unit Kerja ybs*		
4.Bagian A : Unit Kerja ybs	14	<b>A : 3, 5, 6, 9, 11, 13, 14</b>
5.Bagian B : Supervisor, Manajer, Pimpinan Klinis ybs	3	<b>B : 2</b>
6.Bagian C : Kominikasi dalam unit kerja ybs	7	<b>C : 7</b>
7. Bagian D : Pelaporan IKP unit kerja ybs	3	
8. Bagian E : Peringkat KP unit kerja ybs	1	
9. Bagian F : Rumah Sakitnya	6	<b>F : 3, 4, 5</b>
10. Bagian G : Latar belakang pertanyaan	3	
11. Bagian H : Komentar ybs		

\* Ybs=responden

(Sumber: AHRQ Hospital SOPS V. 2.0: User's Guide, 2019)

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

### 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 Apa 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,

Pembantu Rumah Sakit, Asisten Perawat

- 4 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 Teknolog, Teknisi (mis., EKG, Lab,  
Radiologi)

#### Supervisor, Manajer, Pemimpin Klinis, Pemimpin Senior

- 1 5 Supervisor, Manajer, Manajer Departemen, Pemimpin Klinis, Administrator, Direktur
- 1 6 Pemimpin Senior, Eksekutif, C-Suite

#### Penunjang

- 1 7 Fasilitas
- 1 8 Layanan Makanan
- 1 9 Tata graha, Layanan Lingkungan
- 2 0 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 Telemetry

**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

- A3
- A5
- A6
- A9
- A11
- A13
- A14

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 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 Staf 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 feel 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 menyalahkan 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

• B2

	Sangat tidak setuju ▼	Tidak setuju ▼	Ragu- ragu (antara setuju & tidak setuju)▼	Setuju ▼	Sangat Setuju ▼	Tidak Berlaku atau Tidak Tahu ▼
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 or Don't Know ▼
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

Kata Negatif

• C7

## SECTION C: Communication

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

Think about your unit/work area:	Never ▼	Rarely ▼	Some- times ▼	Most of the time ▼	Always ▼	Does Not Apply or 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:

1 Ketika insiden kesalahan diketahui dan diperbaiki sebelum mengenai / menimpa pasien, seberapa sering ini dilaporkan? (KNC)

Tidak pernah	Jarang	Terkadang	Sebagian besar waktu	Selalu	Tidak Berata
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	

2 Ketika insiden / kesalahan sudah mengenai / menimpa pasien tetapi tidak mencederai pasien, seberapa sering ini dilaporkan? (KTC)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	

3 Dalam 12 bulan terakhir, berapa banyak insiden keselamatan pasien yang telah Anda laporkan?

- a. Tidak ada
- b. 1 hingga 2
- c. 3 hingga 5
- d. 6 hingga 10
- 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 or Don't Know ▼
1. When a mistake is <u>caught and corrected</u> before reaching the patient, how often is this reported? .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
2. When a mistake reaches the patient and <u>could have harmed the patient, but did not</u> , how often is this reported? .....	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>9</sub>
3. <u>In the 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 E: Peringkat / Level Keselamatan Pasien

1 Bagaimana Anda menilai unit / area kerja Anda pada keselamatan pasien?

Kurang ▼	Cukup ▼	Baik ▼	Baik sekali ▼	Luar biasa ▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## 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

Kata Negatif

- F3
- F4
- F5

• F5

Kata  
Negatif

5 Selama perubahan shift, informasi perawatan pasien yang penting sering tidak tersampaikan

1

2

3

4

5

9

6 Selama perubahan shift, ada waktu yang cukup adekuat untuk bertukar semua informasi penting perawatan pasien

1

2

3

4

5

9

### 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. 11 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. 11 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.

**Tabel HSOPS**  
**Hospital Survey on Patient Safety, v.2, 2019**

Topik	# Pertanyaan	Pertanyaan dgn Kata Negatif
1.Instruksi		
2.Posisi Staf		
3.Unit Kerja ybs*		
4.Bagian A : Unit Kerja ybs	14	<b>A : 3, 5, 6, 9, 11, 13, 14</b>
5.Bagian B : Supervisor, Manajer, Pimpinan Klinis ybs	3	<b>B : 2</b>
6.Bagian C : Kominikasi dalam unit kerja ybs	7	<b>C : 7</b>
7. Bagian D : Pelaporan IKP unit kerja ybs	3	
8. Bagian E : Peringkat KP unit kerja ybs	1	
9. Bagian F : Rumah Sakitnya	6	<b>F : 3, 4, 5</b>
10. Bagian G : Latar belakang pertanyaan	3	
11. Bagian H : Komentar ybs		

\* Ybs=responden

(Sumber: AHRQ Hospital SOPS V. 2.0: User's Guide, 2019)

Tabel 6. 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 Tanggapan	Persentase Tanggapan	Persentase Gabungan
1 = Sangat tidak setuju	10	10%	30% Negatif
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 berlaku/tidak tahu	10	-	-
Blank = Hilang (tidak menjawab)	10	-	-
Jumlah Total Tanggapan	120	-	-



Tabel 7. Bagaimana Menghitung Persen Item Skor Positif untuk Item kata-kata Negatif

Item A9R. Ada masalah dengan perilaku tidak sopan oleh mereka yang bekerja di unit ini. (Item dengan kata-kata negatif)				
Respon Asli	Recode	Jumlah Respon	Persentase Respon	Persentase Gabungan
1 = Sangat tidak setuju	5	20	20%	60% Positive
2 = Tidak setuju	4	40	40%	
3 = Netral	3	10	10%	10% Neutral
4 = Setuju	2	20	20%	30% Negative
5 = Sangat setuju	1	10	10%	
Total		100	100%	100%
9 = Tidak berlaku/tidak tahu	Hilang	10	-	-
Blank = Hilang (tidak menjawab)	Hilang	10	-	-
Jumlah Total Tanggapan		120	-	-

Tiga Hal yang Mengukur Kerja Tim	Untuk Item dengan Kata-kata Positif, # dari Respon "Sangat Setuju" atau "Setuju"	Untuk Item dengan Kata-kata Negatif, # dari Respon "Sangat Tidak Setuju" atau "Tidak Setuju"	Total # Respon untuk Item (Tidak Termasuk Hilang dan Tidak Berlaku / Tidak Tahu)	Persen Respon Positif untuk Item
<b>Item A1-kata positif:</b>				
"Di unit ini, kami bekerja sama sebagai tim yang efektif."	185	NA	260	185/260 = 71%
<b>Item A8-kata positif:</b>				
"Selama waktu sibuk, staf di unit ini saling membantu."	160	NA	250	160/250 = 64%
<b>Item A9-kata negatif:</b>				
"Ada masalah dengan perilaku tidak sopan yang dilakukan oleh mereka yang bekerja di unit ini."	NA	188	250	188/250 = 75%
<b>Persentase respons positif rata-rata di 3 item = 70%</b>				

## Contoh Cara Menghitung Item dan Persen Skor Positif Gabungan

Empat Item Mengukur Persepsi Keselamatan Secara Keseluruhan	Untuk Item dengan Kata-kata Positif, # dari Respon "Sangat Setuju" atau "Setuju"	Untuk Item dengan Kata-kata Negatif, # dari Respon "Sangat Tidak Setuju" atau "Tidak Setuju"	Total # Respon untuk Item (Tidak Termasuk Tanggapan yang Hilang)	Persen Respon Positif untuk Item
<b>Item A15-worded positif:</b> "Keselamatan pasien tidak pernah dikorbankan untuk menyelesaikan lebih banyak pekerjaan."	185	NA	260	$185/260 = 71\%$
<b>Item A18-worded positif:</b> "Prosedur dan sistem kami bagus dalam mencegah kesalahan terjadi. "	160	N/A	250	$160/250 = 64\%$
<b>Item A10-worded negatif:</b> "Hanya saja kesalahan yang lebih serius tidak terjadi di sekitar sini."	N/A	168	240	$168/240 = 70\%$
<b>Item A17-worded negatif:</b> "Kami memiliki masalah keselamatan pasien di unit ini."	N/A	188	250	$188/250 = 75\%$
N/A = Not applicable	<b>Persentase tanggapan positif rata-rata di 4 item = 70%</b>			

$$71\% + 64\% + 70\% + 75\% = 280 / 4 = 70\%$$



# 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

*Contoh :*

Untuk satu item/aspek dari 100 responden 50 orang menjawab sangat setuju dan setuju, 25 orang menjawab kadang-kadang, 25 orang sangat tidak setuju/tidak setuju. Artinya : di unit yang dilakukan survei 50% mempunyai persepsi bahwa karyawan di unitnya saling mendukung (Aspek no 1)

<b>PENILAIAN TIAP ASPEK/ITEM</b>	<b>Respons Neg</b>	<b>Netral</b>	<b>Respons Pos</b>
Aspek no. 1 dari Bagian A unit kerja anda :	Sangat tidak setuju/ tidak setuju	Netral (kadang-kadang)	Sangat setuju/ Setuju
Karyawan di unit kami saling 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 :

$$\frac{\text{Jumlah respon positif dalam satu bagian/dimensi}}{\text{Total jumlah respon (positif, netral, negatif) tiap aspek}}$$

# Hasil interpretasi

- 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)





# Budaya Keselamatan Dalam STARKES 2022

<b>TKRS 13 – 6 ep</b>
<b>Direktur</b> <b>Menerapkan, Memantau,</b> <b>Mengambil Tindakan, Mendukung</b> <b>Budaya Keselamatan Pasien</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Program Budaya Keselamatan a) – h)</li><li>• Pendidikan</li><li>• Sumber Daya</li><li>• Sistem Pelaporan</li><li>• Evaluasi</li><li>• Just Culture</li><li>• (Perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan)</li></ul>

<b>PMKP 10 – 2 ep</b>
<b>Pengukuran/Evaluasi Budaya</b> <b>Keselamatan</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Survei Budaya Keselamatan Pasien</li><li>• Analisis dan Tindak Lanjut</li><li>• Program Peningkatan Budaya Keselamatan Pasien</li></ul>


## **Budaya keselamatan :**

- 1) Staf klinis memperlakukan satu sama lain saling menghargai dan rasa hormat,
- 2) Staf klinis pemberi asuhan bekerja sama dalam tim yang efektif dan mendukung proses kolaborasi interprofesional
- 3) Asuhan berfokus pada pasien → PCC & APT.
- 4) Setiap individu anggota staf (klinis atau administratif) melaporkan hal-hal yang menguatkirkan tentang keselamatan atau mutu pelayanan

**Bila Keselamatan Pasien tidak dijadikan  
"Sahabat" Rumah Sakit, cepat atau  
lambat dia akan berbalik menjadi  
"Musuh" Rumah Sakit.**

*(Nico Lumenta, 2008)*





**“Keselamatan bukan ditemukan pada  
keadaan tanpa bahaya,  
tetapi justru pada kehadiran Tuhan YME”**

**Safety is not found in  
the absence of danger,  
but in the presence of GOD**



