



WS PMKP



BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DAN PENGUKURANNYA



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

Framework : Asuhan Pasien – 4.0

Pengertian:

Asuhan Pasien 4.0 : adalah asuhan pasien, yang modern, terkini di Rumah Sakit dan distandarkan dalam SNARS Edisi 1

- **Berbasis Pelayanan Berfokus Pasien / PCC dan Asuhan Pasien Terintegrasi**
- **Dilaksanakan oleh PPA sebagai tim, yang berkolaborasi interprofessional dengan kompetensi untuk berkolaborasi**
- **Dilaksanakan dengan DNA of Care :
Safety, Quality, Culture**
- **Asuhan pasiennya didokumentasikan terintegrasi melalui IT dalam SIRSAK dan SISMADAK**

Perkembangan Konseptual Asuhan Pasien 4.0

***To Err Is Human,
Building a Safer Health System, IOM, 2000**

Wake Up Call.

“Selama setahun, setiap hari 268 pasien ranap meninggal krn IKP yg dpt dicegah...”

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

6 Sasaran Perbaikan Asuhan Pasien

- 1.Safe.
- 2.Effective.
- 3.Patient-centered.
- 4.Timely.
- 5.Efficient.
- 6.Equitable.

The 8 Picker Principles of PCC

8 Prinsip Asuhan Pasien utk PCC

1. Hormati nilai, pilihan dan kebutuhan pasien
2. Koordinasi dan integrasi asuhan
3. Informasi, komunikasi dan edukasi
4. Kenyamanan fisik
5. Dukungan emosional
6. Keterlibatan keluarga & teman
7. Asuhan yg berkelanjutan dan transisi yg lancar
8. Akses terhadap pelayanan.

PCC : Core Concept PCC

2 Konsep Inti PCC

Perspektif Pasien
Perspektif PPA

WHO Patients for Patient Safety, Jakarta Declaration, 2007

8 Deklarasi PFPS

- 1.Berdayakan & Libatkan Pasien
- 2.Perkuat Kepemimpinan & Akuntabilitas
- 3.Reorientasi Paradigma : PCC
- 4.Asuhan Pasien Terintegrasi
- 5.Ciptakan Lingkungan yg Memberdayakan

WHO Global Strategy on Integrated People-centred Health Services 2016-2026

5 Strategi PCC

DNA of Care

- Safety
- Quality
- Culture

SNARS Ed 1 : PCC dan Asuhan Pasien Terintegrasi

**-8 Aspek Implementasi PCC
-IT System : Sismadak & Sirsak**

Konsep dasar Asuhan Pasien / Patient Care telah berkembang dalam kombinasi dimensi mutu & safety, sejak “bangkitnya” Patient Safety (*wake up call*) melalui “To Err is Human” IOM th 2000, sbb:



To Err Is Human, Building a Safer Health System, IOM, 2000

- Pelayanan kesehatan yang “fragmented”, tidak aman
- Dari Pasien Ranap setahun 33,6 juta, 2,9 – 3,7 % mengalami Insiden Keselamatan Pasien, data pasien yang meninggal 44.000 s/d 98.000. Data orang meninggal karena KLL 43.000
- Dari 100 admisi 2 mengalami KTD obat yang dapat dicegah (preventable adverse drug event)
- Medication error dalam pelayanan kesehatan menyebabkan kematian 7000 orang per tahun

(Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. 2000. *To Err Is Human: building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press.)





Asuhan Pasien : "DNA of Care"

Profesional Pemberi Asuhan perlu memiliki DNA of Care



I. SASARAN KESELAMATAN PASIEN

II. KELOMPOK STANDAR PELAYANAN BERFOKUS PADA PASIEN

III. KELOMPOK STANDAR MANAJEMEN RS

IV. PROGRAM NASIONAL

V. INTEGRASI PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM PELAYANAN

Dimensi Budaya Mutu dan Safety dalam Standar Akreditasi RS

ASUHAN PASIEN

RISIKO

SAFETY

MUTU

KARS

(Nico Lumenta, 2015)

ASUHAN PASIEN

- ❖ Good Patient Care
- ❖ Patient Centered Care
- ❖ Asuhan Pasien Terintegrasi
- ❖ PPA sebagai Tim, Kolaborasi Interprofesional + Kompetensinya
- ❖ Berpartner dgn Pasien
- ❖ DPJP sebagai Clinical Leader
- ❖ MDR - Multidisciplinary Round
- ❖ BPIS

Dimensi Budaya Quality dan Safety

dalam Standar Akreditasi RS

SAFETY

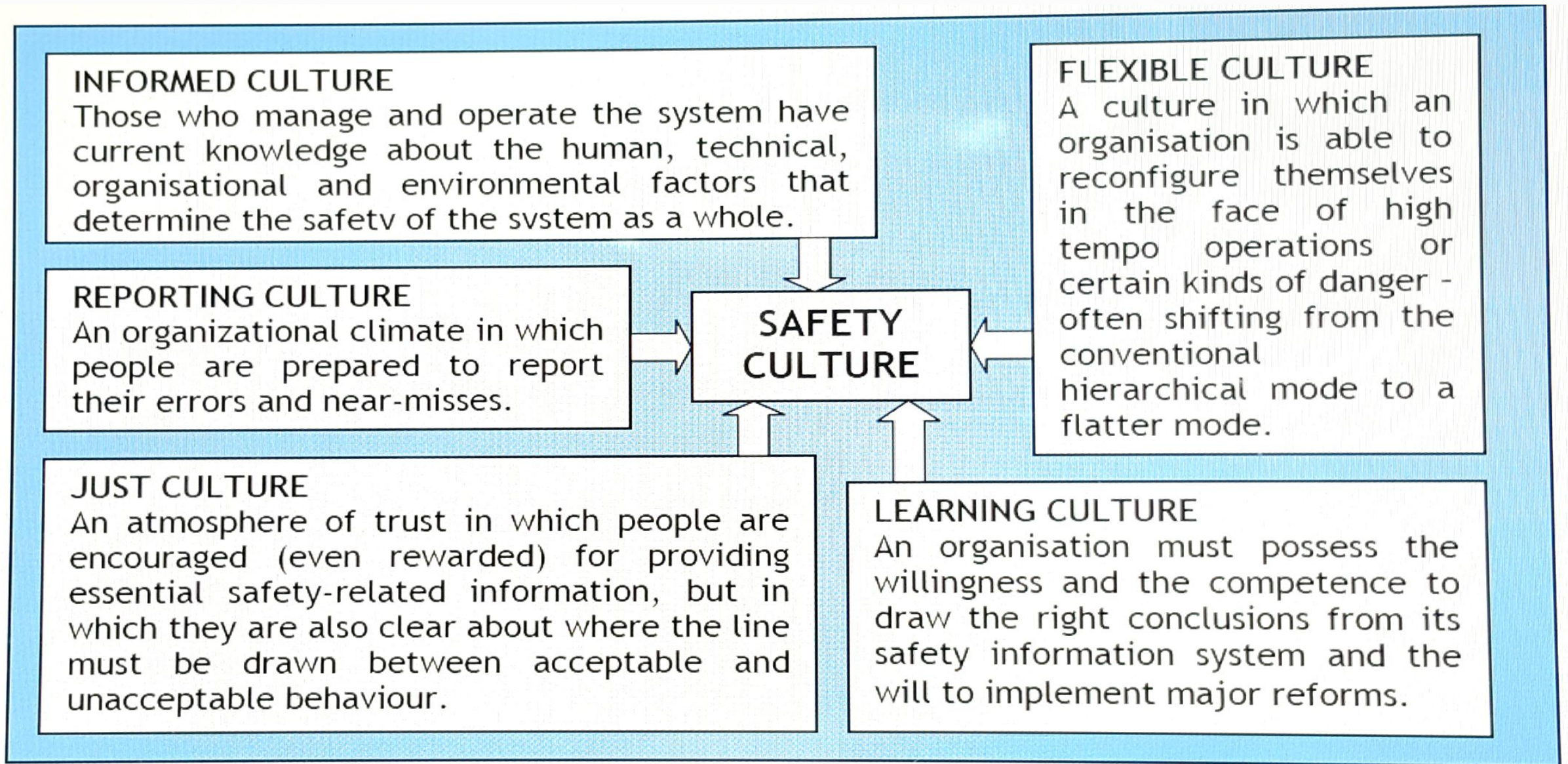
- Just Culture
- Reporting Culture
- Learning Culture
- Informed Culture
- Flexible Culture
- Generative Culture (MaPSaF)
- 7 Standar KP, 6 SKP, 7 Langkah KPRS, 13 Program WHO-PS

RISIKO

- RS institusi yg kompleks dan high risk : asuhan multi PPA, multi budaya, multi regulasi, legal, finance, SD
- Risk Register
- Matrix Grading
- FMEA
- Situational Awareness
- RCA

MUTU

- Good Corp Governance → Leadership
- Good Clinical Governance
- Standarisasi Input-Proses-Output-Outcome
- Pengukuran Mutu
- PDCA



Components of Safety Culture (Based on Reason,J)

INFORMED CULTURE : Those who manage and operate the system have current knowledge about the human, technical, organizational and environmental factors that determine the safety of the system as a <i>whole</i>	Mereka yg mengelola dan mengoperasikan sistem mempunyai pengetahuan tentang faktor-faktor manusia, teknik, organisasi dan lingkungan yg menentukan safety dari sistem sebagai suatu keseluruhan
REPORTING CULTURE : An organizational climate in which people are prepared to report their errors and near misses	Suatu iklim organisasi dimana orang-orang disiapkan untuk melaporkan error serta KNC/near miss yg mereka lakukan
JUST CULTURE : An atmosphere of trust in which people are encouraged (even rewarded) for providing essential safety related information, but in which they are also clear about where the line must be drawn between acceptable and unacceptable behaviour	Suatu suasana saling percaya/trust dimana orang-orang didorong (bahkan diberi hadiah) untuk memberikan informasi penting terkait safety, tetapi dimana mereka juga jelas tentang garis batas antara perilaku akseptabel dan tidak akseptabel

Components of Safety Culture (Based on Reason,J)

<p>FLEXIBLE CULTURE : A culture in which an organization is able to reconfigure themselves in the face of high tempo operations or certain kinds of danger – often shifting from the conventional hierarchical mode to a flatter mode</p>	<p>Suatu budaya dimana organisasi mampu merubah diri dan wajah mereka jadi mampu beroperasi dengan tempo tinggi atau berbagai bahaya tertentu – seringkali beralih dari cara hierarkis konvensional ke cara yang lebih datar/sederhana</p>
<p>LEARNING CULTURE : An organization must possess the willingness and the competence to draw the right conclusions from its safety information system and the will to implement major reforms</p>	<p>Mereka yg mengelola dan mengoperasikan sistem mempunyai pengetahuan tentang faktor-faktor manusia, teknik, organisasi dan lingkungan yang menentukan safety dari sistem sebagai suatu keseluruhan</p>

What do we mean by “Just Culture”?

Center For Patient Safety : Just Culture is the balance between human and system accountability, and it is a hot topic in patient and provider safety in today’s medical industry. (2019, February. <https://www.centerforpatientsafety.org/emsforward/just-culture/>)

- Traditionally, health care’s culture has held individuals accountable for all errors or mishaps that befall patients under their care
- A just culture recognizes that individual practitioners should not be held accountable for system failings over which they have no control.
- A just culture also recognizes many errors represent predictable interactions between human operators and the systems in which they work. Recognizes that competent professionals make mistakes.
- Acknowledges that even competent professionals will develop unhealthy norms (shortcuts, “routine rule violations”).
- A just culture has zero tolerance for *reckless* behavior.,

- Secara tradisional, budaya pelayanan kes telah membuat semua individu bertanggung-jwb menangani error atau KTD yg menimpa pasien yg berada dalam asuhan mereka
- Suatu just culture mengakui bhw individu tdk seharusnya dianggap bertanggung-jwb atas kegagalan sistem dimana mereka tidak punya kendali
- Suatu just culture juga menyatakan banyak error merepresentasikan interaksi yg dapat diramalkan antara operator manusia dgn sistem dimana mereka bekerja. Mengakui bhw professional yg kompeten dpt berbuat kesalahan
- Mengakui bhw bahkan professional yg kompeten sekalipun, bisa mengembangkan norma-norma yg tidak sehat (jalan pintas, “routine rule violations” = “pelanggaran peraturan secara rutin”)
- Suatu just culture memiliki zero tolerance (sama sekali tidak toleran) thd perilaku sembrono / serampangan

The Just Culture Model (simplified)



The Just Culture Model (simplified)

Kesalahan Manusia	Perilaku yang berisiko	Perilaku yang ceroboh
Hasil/Produk dari desain sistem kita yang sekarang dan pilihan perilaku	Suatu Pilihan : Risiko dipercaya tidak signifikan atau dibenarkan	Secara sadar mengabaikan risiko yang substansial/penting dan tidak dapat dibenarkan
Dikelola dengan perubahan dalam : <ul style="list-style-type: none">• Pilihan2• Proses2• Prosedur2• Pelatihan• Desain• Lingkungan	Dikelola dengan : <ul style="list-style-type: none">• Menghilangkan insentif terhadap perilaku yang berisiko• Menciptakan insentif bagi perilaku yang sehat• Peningkatan situational awareness	Dikelola dengan : <ul style="list-style-type: none">• Tindakan remedial /perbaikan• Tindakan hukuman
Pendampingan	Pelatihan	Hukuman

THE CORE CONCEPTS – HUMAN ERROR

Human Error – Inadvertent action; inadvertently doing other than what should have been done; slip, lapse, mistake.

Console

Learn

Konsep inti – human error/kesalahan manusia
Human Error – Tindakan yang kurang hati2; perbuatan ceroboh bukan seperti yang seharusnya dilakukan; slip (meleset), lapse (terlewat), mistake (kesalahan)

> console/didampingi

> belajar

THE CORE CONCEPTS – AT-RISK BEHAVIOR

At-Risk Behavior – Behavioral choice that increases risk where risk is not recognized or is mistakenly believed to be justified.

Coach

Learn

Konsep inti – perilaku berisiko ‘at-risk’
Perilaku ‘at-risk’ – pilihan perilaku yang meningkatkan risiko dimana risiko tidak tampak atau secara keliru dipercaya sebagai dibenarkan

Konsep inti - perilaku sembrono/ceroboh
Perilaku ceroboh – pilihan perilaku yang secara terus menerus tidak diperhatikan sebagai mengandung risiko atau risiko yang tak dapat dibenarkan

THE CORE CONCEPTS – RECKLESS BEHAVIOR

Reckless Behavior – Behavioral choice to consciously disregard a substantial and unjustifiable risk.

Sanction

Learn

Cultural competence

Kesadaran budaya (*Cultural awareness*)

- adalah kemampuan seseorang untuk melihat ke luar dirinya sendiri dan menyadari akan nilai-nilai budaya, kebiasaan budaya yang masuk.
- Dapat menilai apakah hal tsb normal dan dapat diterima pada budayanya atau mungkin tidak lazim atau tidak dapat diterima di budaya lain.
- Perlu memahami budaya yang 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 seseorg memfokuskan pemahaman pada perencanaan dan pengambilan keputusan pada suatu situasi tertentu.

Cultural competence

Is a set of congruent behaviors, attitudes, and policies that come together in a system, agency or among professionals and enable that system, agency or those professions to work effectively in cross-cultural situations.

Adalah suatu perangkat kesamaan perilaku, sikap dan bersama secara harmonis dlm suatu sistem, badan atau para profesi utk bekerja secara efektif dlm situasi yg lintas-budaya / *'cross-cultural'*

Is a developmental process that evolves over an extended period.

Suatu proses pertumbuhan yg berkembang melampaui suatu kerangka waktu yg lama

Patient-centered care: the key to cultural competence

(Epner, DE & Baile, WF : Patient-centered care: the key to cultural competence. *Annals of Oncology*, vol 23, supl 3, 2012)

The Golden Rule

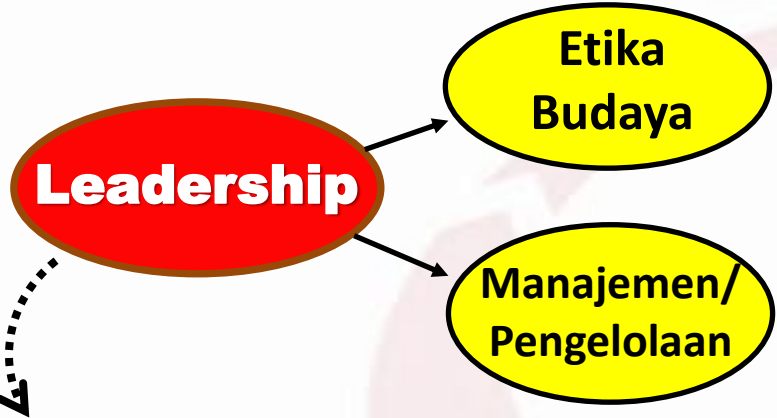
<p>* In the final analysis, we should treat our patients as we would want others to treat us during periods of vulnerability and fear.</p>	<p>* Dalam analisis final, kita harus mperlakukan pasien2 kita sebagaimana kita ingin diperlakukan oleh orang lain, selama periode yg penuh dgn krisis maupun ketakutan</p>
<p>* The key to cultural competence is patient centeredness built on respect, sensitivity, composure, partnership, honesty, astuteness, curiosity, and tolerance. All people really care about is being cared about</p>	<p>* Kunci menuju kompetensi kultural adalah patient centeredness (focus kpd pasien) yg dibangun atas respek (rasa hormat), sensitivitas, kesabaran, kemitraan, kejujuran, kecerdikan, rasa ingin tahu, dan toleransi. Semua orang benar2 peduli ttg asuhan</p> <p>KARS</p>

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

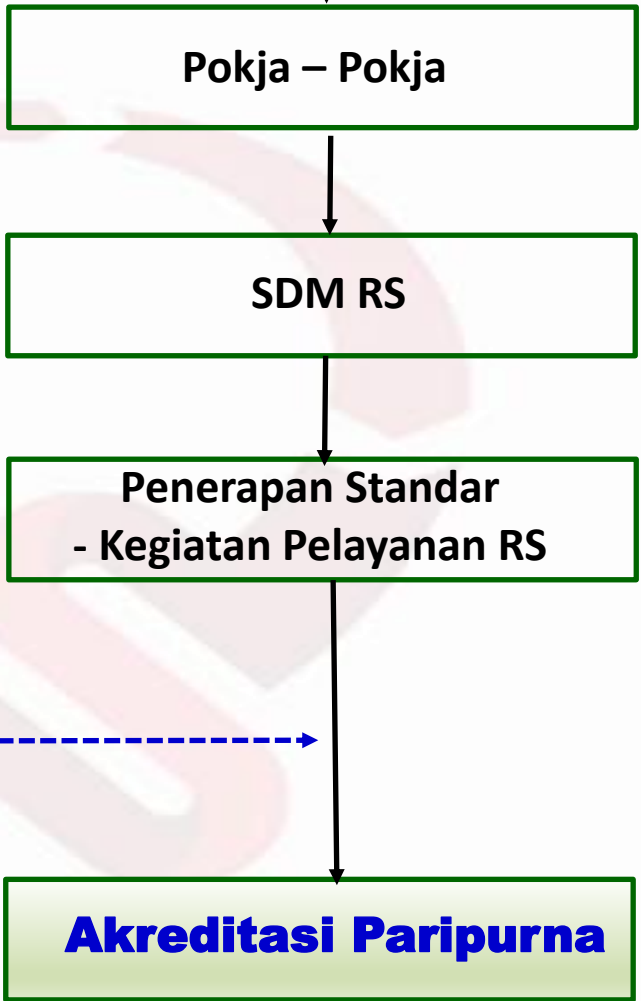


Kepemimpinan RS dalam SNARS Ed 1



*Kepemimpinan yg efektif ditentukan oleh sinergi yg positif antara Pemilik RS, Direktur RS, Para Pimpinan di RS dan Kepala unit kerja & unit pelayanan.
*Direktur RS secara kolaboratif mengoperasikan RS bersama dgn para pimpinan, kepala unit kerja & unit pelayanan utk mencapai visi misi yg ditetapkan dan memiliki tangg-jwb dlm pengelolaan manajemen peningkatan mutu dan keselamatan pasien, manajemen kontrak serta manajemen sumber daya. (TKRS)

SNARS Edisi 1



Sistem yg kompleks

KARS



Standar TKRS 13 : Direktur RS menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di seluruh area di RS sesuai peraturan perUUan.

Elemen Penilaian TKRS 13	Telusur		Skor	
1. Direktur RS mendukung terciptanya budaya keterbukaan yang dilandasi akuntabilitas. (W)	W	<ul style="list-style-type: none"> • Direktur RS tentang “open disclosure” • Kepala unit pelayanan • Kepala bidang/divisi 	10 - 0	TL - TT
2. Direktur RS mengidentifikasi, mendokumentasikan dan melaksanakan perbaikan perilaku yang tidak dapat diterima. (D,O,W)	D	<ol style="list-style-type: none"> 1) Bukti pelaksanaan identifikasi 2) Bukti pelaksanaan pendokumentasian 3) Bukti pelaksanaan upaya perbaikan 	10 5 0	TL TS TT
	O	PPA dalam melaksanakan asuhan/pelayanan		
	W	<ul style="list-style-type: none"> • Kepala unit pelayanan • kepala bidang pelayanan • Pasien/keluarga 		

<p>3. Direktur RS menyelenggarakan pendidikan dan menyediakan informasi (seperti bahan pustaka dan laporan) yg terkait dengan budaya keselamatan RS bagi semua individu yg bekerja dalam RS. (D,O,W)</p>	<p>D O W</p>	<p>1) Bukti pelaksanaan pelatihan 2) Bukti bahan pustaka/referensi dan laporan terkait dengan budaya keselamatan</p> <p>Perpustakaan RS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direktur RS • Kepala bidang pelayanan • Kepala unit pelayanan 	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
<p>4. Direktur RS menjelaskan bagaimana masalah terkait budaya keselamatan dalam Rumah Sakit dapat diidentifikasi dan dikendalikan. (W)</p>	<p>W</p>	<p>Direktur RS</p>	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>
<p>5. Direktur RS menyediakan sumber daya untuk mendukung dan mendorong budaya keselamatan di dalam RS.(D,O,W)</p>	<p>D O W</p>	<p>RS menyediakan sumber daya yang meliputi:</p> <p>1) Bukti staf telah terlatih dalam budaya keselamatan 2) Bukti tentang sumber daya yg mendukung dan mendorong budaya keselamatan 3) Bukti tersedia anggaran dalam RKA/RBA untuk mendukung budaya keselamatan</p> <p>Lihat sumber daya yang disediakan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direktur • Staf terkait 	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>

Standar TKRS 13.1 : Direktur RS melaksanakan, melakukan monitor, mengambil tindakan untuk memperbaiki program budaya keselamatan di seluruh area di RS.

Elemen Penilaian TKRS 13.1	Telusur		Skor	
<p>1. Direktur RS menetapkan regulasi pengaturan sistem menjaga kerahasiaan, sederhana dan mudah diakses oleh pihak yg mempunyai kewenangan utk melaporkan masalah yg terkait dgn budaya keselamatan dalam RS secara tepat waktu (R)</p>	R	<p>Regulasi ttg sistem pelaporan budaya keselamatan RS</p>	<p>10 - 0</p>	<p>TL - TT</p>
<p>2. Sistem yang rahasia, sederhana dan mudah diakses oleh pihak yg mempunyai kewenangan untuk melaporkan masalah yg terkait dengan budaya keselamatan dalam RS telah disediakan (O, W)</p>	O W	<p>Lihat pelaksanaan sistem pelaporan yg rahasia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direktur RS • Para kepala bidang/divisi 	<p>10 5 0</p>	<p>TL TS TT</p>

<p>3. Semua laporan terkait budaya keselamatan RS telah di investigasi secara tepat waktu. (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>Bukti laporan dan investigasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direktur RS • Staf terkait 	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>
<p>4. Ada bukti bahwa identifikasi masalah pada sistem yang menyebabkan tenaga kesehatan melakukan perilaku yang berbahaya telah dilaksanakan. (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>1) Bukti pelaksanaan identifikasi</p> <p>2) Bukti pelaksanaan pendokumentasian</p> <p>3) Bukti pelaksanaan upaya perbaikan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direktur RS • Staf terkait 	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>

<p>5. Direktur RS telah menggunakan pengukuran/ indikator mutu untuk mengevaluasi dan memantau budaya keselamatan dalam RS serta melaksanakan perbaikan yang telah teridentifikasi dari pengukuran dan evaluasi tsb. (D,W)</p>	<p>D</p> <p>W</p>	<p>1) Bukti hasil pengukuran / indikator mutu budaya keselamatan</p> <p>2) Bukti evaluasi</p> <p>3) Bukti perbaikan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direktur RS • Komite PMKP 	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>
<p>6. Direktur RS menerapkan sebuah proses untuk mencegah kerugian/dampak terhadap individu yang melaporkan masalah terkait dengan budaya keselamatan tsb. (D,O,W)</p>	<p>D</p> <p>O</p> <p>W</p>	<p>Bukti notulensi pertemuan Direktur/Komite PMKP dengan staf terkait</p> <p>Lihat pelaksanaan dokumentasi notulen pertemuan dengan staf terkait</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direktur RS • Komite PMKP, Staf RS 	<p>10</p> <p>5</p> <p>0</p>	<p>TL</p> <p>TS</p> <p>TT</p>

(Maksud TKRS 13 dan TKRS 13.1)

Budaya keselamatan dapat diartikan sbb: “Budaya keselamatan di RS adalah sebuah lingkungan yang kolaboratif karena 1) staf klinis memperlakukan satu sama lain secara hormat dgn melibatkan serta 2) memberdayakan pasien dan keluarga. Pimpinan mendorong 3) staf klinis pemberi asuhan bekerja sama dalam tim yg efektif dan mendukung proses kolaborasi interprofesional dlm 4) asuhan berfokus pada pasien.”

Budaya keselamatan juga merupakan hasil dari nilai-nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku individu maupun kelompok yg menentukan komitmen thd, serta kemampuan manajemen pelayanan kesehatan maupun keselamatan. Budaya keselamatan dicirikan dengan komunikasi yg berdasar atas rasa saling percaya dengan persepsi yg sama tentang pentingnya keselamatan dan dgn keyakinan akan manfaat langkah2 pencegahan.

Tim belajar dari KTD (kejadian tidak diharapkan) dan KNC (kejadian nyaris cedera). **Staf klinis** pemberi asuhan menyadari keterbatasan kinerja manusia **dlm sistem yg kompleks** dan ada proses yg terlihat dari belajar serta menjalankan perbaikan melalui briefing

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

(AHRQ, U.S. Department of Health and Human Services. 2016. Hospital Survey on Patient Safety Culture, User's Guide)

Keselamatan & mutu berkembang dalam suatu lingkungan yg mendukung kerjasama dan rasa hormat thd sesama tanpa melihat jabatan mereka dalam RS. **Direktur RS menunjukkan komitmennya ttg budaya keselamatan dan mendorong budaya keselamatan untuk seluruh staf RS.**

Perilaku yg tidak mendukung budaya keselamatan adalah:

- perilaku yg tidak layak (*inappropriate*) seperti kata2 atau bahasa tubuh yg merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat dan memaki;
- perilaku yg mengganggu (*disruptive*) a.l. perilaku tidak layak yg dilakukan secara berulang, bentuk tindakan verbal atau nonverbal yg membahayakan atau mengintimidasi staf lain, dan “celetukan maut” adalah komentar sembrono di depan pasien yg berdampak menurunkan kredibilitas staf klinis lain. Contoh mengomentari negatif hasil tindakan atau pengobatan staf lain di depan pasien, misalnya “obatnya ini salah, tamatan mana dia...?”, melarang perawat utk membuat laporan ttg KTD, memarahi staf klinis lainnya di depan pasien, kemarahan yg ditunjukkan dgn melempar alat bedah di kamar operasi, serta membuang rekam medis di ruang rawat;
- perilaku yg melecehkan (*harassment*) terkait dengan ras, agama, dan suku termasuk gender;
- pelecehan seksual.

Hal-hal penting menuju budaya keselamatan:

- 1) Staf RS mengetahui bhw **kegiatan operasional RS berisiko tinggi** dan bertekad utk melaksanakan tugas dengan konsisten serta aman.
- 2) regulasi serta lingkungan kerja mendorong staf **tdk takut mendapat hukuman** bila membuat laporan ttg KTD dan KNC.
- 3) direktur RS mendorong tim keselamatan pasien **melaporkan insiden keselamatan pasien** ke tingkat nasional sesuai dengan peraturan perUUan.
- 4) mendorong **kolaborasi antar staf klinis** dengan pimpinan untuk mencari **penyelesaian masalah keselamatan pasien**.

Komitmen organisasi **menyediakan sumber daya**, seperti staf, pelatihan, metode pelaporan yg aman, dsb-nya untuk menangani masalah keselamatan

Masih banyak RS yg masih memiliki **budaya untuk menyalahkan** suatu pihak yg akhirnya merugikan kemajuan budaya keselamatan. **Just culture** adalah **model terkini mengenai pembentukan suatu budaya yg terbuka, adil dan pantas**, menciptakan budaya belajar, merancang sistem2 yg aman, serta **mengelola perilaku yg terpilih (human error, at risk behavior, dan reckless behavior)**. Model ini melihat peristiwa2 bukan sbg hal2 yg perlu diperbaiki, tetapi sbg peluang2 utk memperbaiki pemahaman baik thd risiko dari sistem maupun risiko perilaku.

Ada saat2 individu seharusnya tidak disalahkan atas suatu kekeliruan; sbg contoh, ketika ada komunikasi yg buruk antara pasien & staf, ketika perlu pengambilan keputusan secara cepat, dan ketika ada kekurangan faktor manusia dlm pola proses pelayanan. Namun, terdapat juga kesalahan tertentu yg merupakan hasil dari **perilaku yg sembrono dan hal ini membutuhkan pertangg-jwban.**

Contoh dari perilaku sembrono mencakup kegagalan dlm mengikuti pedoman kebersihan tangan, tdk melakukan time-out sebelum mulainya operasi, atau tdk memberi tanda pd lokasi pembedahan.

Budaya keselamatan mencakup mengenali dan menunjukan masalah yg terkait dgn **sistem yg mengarah pada perilaku yg tidak aman. Pada saat yg sama, RS harus memelihara pertangg-jwban dgn tidak mentoleransi perilaku sembrono.**

Pertangg-jwban membedakan kesalahan unsur manusia (seperti kekeliruan), perilaku yg berisiko (contohnya mengambil jalan pintas), dan perilaku sembrono (spt mengabaikan langkah2 keselamatan yg sudah ditetapkan).

Direktur RS melakukan **evaluasi rutin** dgn jadwal yg tetap dgn menggunakan bbrp metode, survei resmi, wawancara staf, analisis data, dan diskusi kelompok.

Direktur RS mendorong agar dapat terbentuk kerja sama utk membuat struktur, proses, dan program yg memberikan jalan bagi **perkembangan budaya positif** ini

Direktur RS harus menanggapi perilaku yg tidak terpuji dari semua individu dari semua jenjang RS, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis, dokter tamu atau dokter part time, serta anggota representasi pemilik

BUDAYA KESELAMATAN

Dalam TKRS 13 dan 13.1

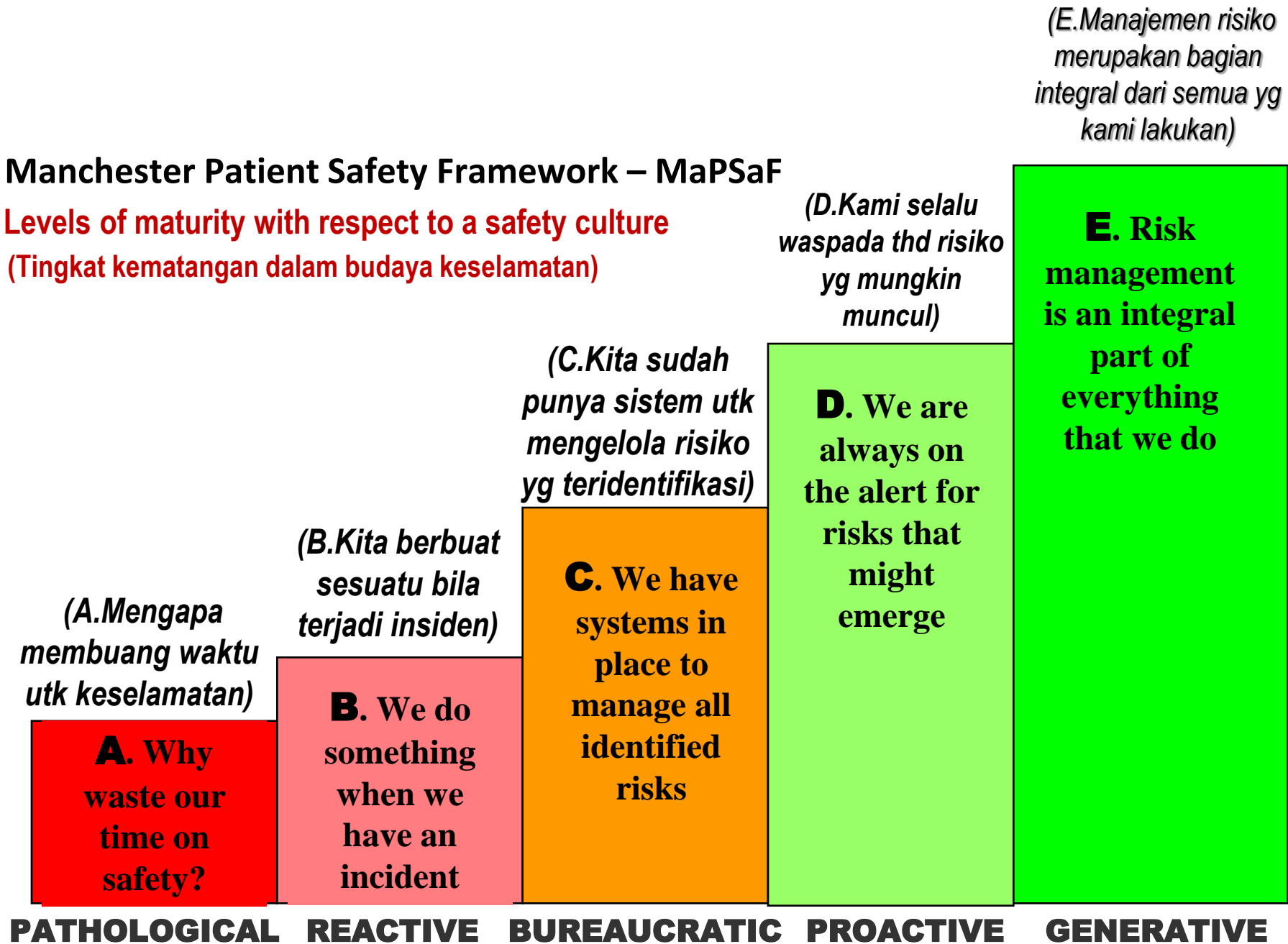
Budaya keselamatan :

- 1) Staf klinis memperlakukan satu sama lain secara hormat dengan**
- 2) Melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga**
- 3) Staf klinis pemberi asuhan bekerja sama dalam tim yang efektif dan mendukung proses kolaborasi interprofesional**
- 4) Asuhan berfokus pada pasien → PCC & APT.**

Manchester Patient Safety Framework – MaPSaF

Levels of maturity with respect to a safety culture

(Tingkat kematangan dalam budaya keselamatan)



- 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.**

Patient Safety Culture

Patient safety culture has been defined as :

“the values shared among organization members about what is important, their beliefs about how things operate in the organization, and the interaction of these with work unit and organizational structures and systems, which together produce behavioral norms in the organization that promote safety”

"Nilai-nilai yg dianut di antara 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 PSC

Through a qualitative meta-analysis the seven subcultures of patient safety culture were identified as:

- 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**

<p>1. Leadership: Leaders acknowledge the healthcare environment is a high-risk environment and seek to align vision/mission, staff competency, and fiscal and human resources from the boardroom to the frontline</p>	<p>Pemimpin mengakui lingkungan yang kes adalah lingkungan berisiko tinggi dan berusaha menyelaraskan visi / misi, kompetensi staf, dan sumber daya fiskal dan manusia dari ruang rapat ke garis depan.</p>
<p>2. Teamwork: A spirit of collegiality, collaboration, and cooperation exists among executives, staff, and independent practitioners. Relationships are open, safe, respectful, and flexible.</p>	<p>Semangat kolegalitas, kolaborasi, dan kerja sama ada di kalangan eksekutif, staf, dan praktisi independen. Hubungan terbuka, aman, hormat, dan fleksibel.</p>
<p>3. Evidence-based: Patient care practices are based on evidence. Standardization to reduce variation occurs at every opportunity. Processes are designed to achieve high reliability.</p>	<p>Praktik asuhan pasien didasarkan pada bukti. Standardisasi untuk mengurangi variasi terjadi pada setiap kesempatan. Prosesnya dirancang untuk mencapai kehandalan yang tinggi.</p>
<p>4. Communication: An environment exists where an individual staff member, no matter what his or her job description, has the right and the responsibility to speak up on behalf of a patient.</p>	<p>Lingkungan ada di tempat anggota staf individu, tidak peduli apa deskripsi pekerjaannya, memiliki hak dan tanggung-jwb untuk berbicara atas nama pasien.</p>

<p>5. Learning: The hospital learns from its mistakes and seeks new opportunities for performance improvement. Learning is valued among all staff, including the medical staff.</p>	<p>RS belajar dari kesalahannya dan mencari peluang baru untuk peningkatan kinerja. Belajar dihargai di antara semua staf, termasuk staf medis.</p>
<p>6. Just: A culture that recognizes errors as system failures rather than individual failures and, at the same time, does not shrink from holding individuals accountable for their actions.</p>	<p>Budaya yg mengenali kesalahan sbg kegagalan sistem daripada kegagalan individu dan, pada saat yg sama, akuntabilitas individu atas tindakan tidak mengecil</p>
<p>7. Patient-centered: Patient care is centered around the patient and family. The patient is not only an active participant in his own care, but also acts as a liaison between the hospital and the community.</p>	<p>Asuhan pasien berpusat di sekitar pasien dan keluarga. Pasien bukan hanya peserta aktif dalam asuhannya sendiri, tapi juga bertindak sbg penghubung antara RS dan masyarakat.</p>

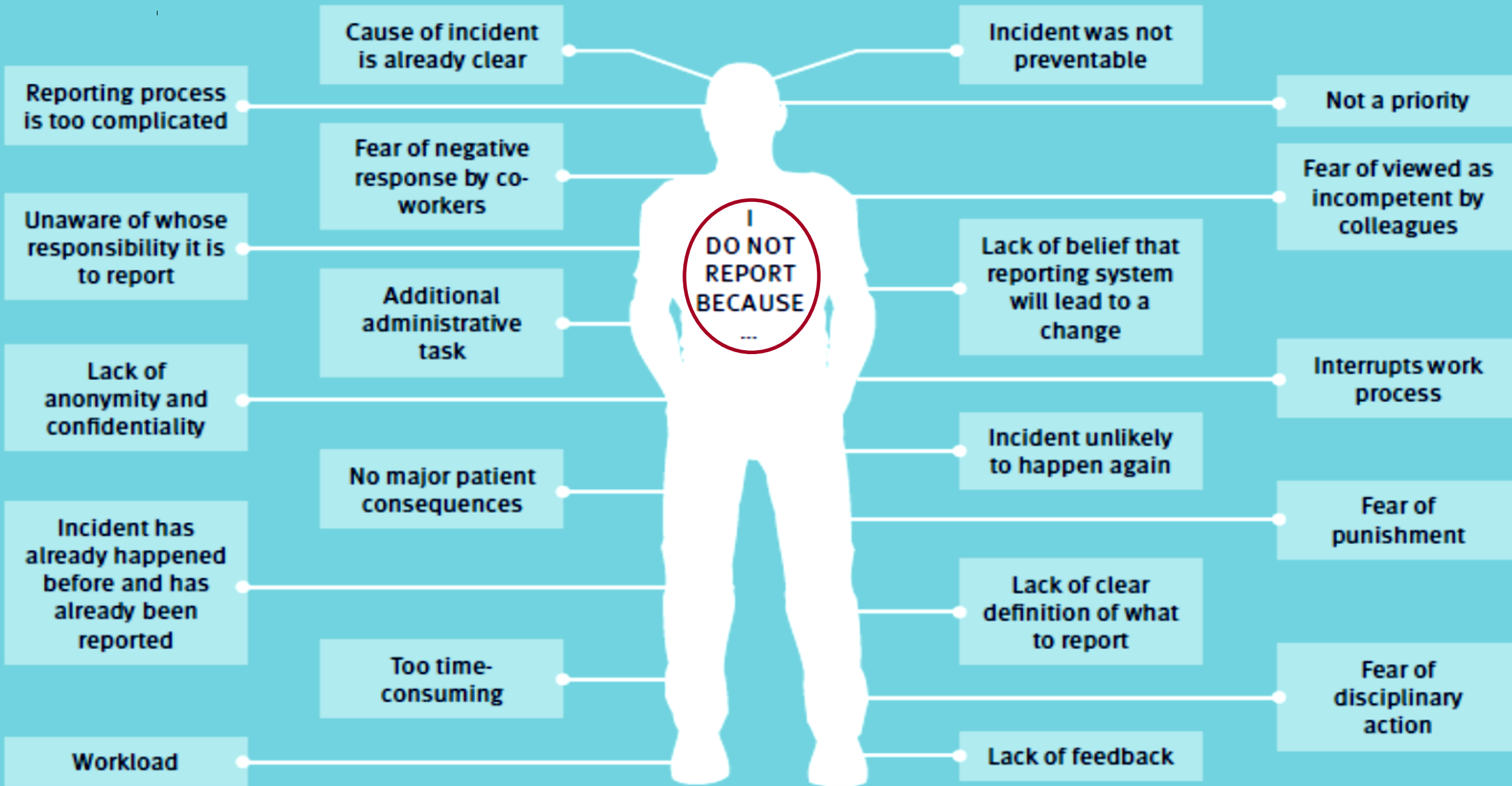
(Source: Botwinick, Bisognano, & Haraden, 2006.)

Culture of Safety Typology

Subculture	Properties
Leadership	Accountability .Change management. Commitment. Executive rounds. Governance.Open relationships. Physician engagement. Priority. Resources. Role model. Support . Vigilance. Visibility . Vision/mission.
Teamwork	Alignment. Deference to expertise wherever found. Flattened hierarchy. Multidisciplinary/mutigenerational. Mutual respect. Psychological safety . Readiness to adapt/flexibility . Supportive. Watch each other’s back.
Evidence-based	Best practices. High reliability/zero defects. Outcomes driven. Science of safety. Standardization: protocols, checklists, guidelines. Technology/automation.
Communication	Assertion/speak-up . Bottom-up approach, Hand-offs . Linkages between executives and front line/resolution/feedback . Safety briefings/debriefings. Structured techniques: SBAR, time-out, read-back ,Transparency.
Learning	Awareness/informed . Celebrate success/rewards . Data driven, Education/training including physicians ,. Learn from mistakes/evaluation, Monitor/benchmark. Performance improvement . Proactive . Root-cause analyses, Share lessons learned.
Just	Blame-free. Disclosure . Non punitive reporting . No at-risk behaviors, Systems—not individuals. Trust
Patient- Centered	Community/grassroots involvement . Compassion/caring . Empowered patients/families. Exemplary patient experiences. Focus on patient . Formal participation in care. health promotion, Informed patients/families . Patient stories

Culture of Safety Typology

Subculture	Properties
Leadership	Akuntabilitas. Manajemen perubahan. Komitmen. Ronde eksekutif. Governance. Hubungan terbuka. Keterlibatan dokter. Prioritas. Sumber daya. Panutan. Dukungan. Kewaspadaan. Visibilitas. Visi Misi.
Teamwork	Penjajaran. Tergantung keahlian dimanapun ditemukan. Hirarki yang rata. Multidisiplin / mutigenerasional. Saling menghormati. Keselamatan psikologis. Kesiapan untuk beradaptasi / fleksibel. Mendukung. Perhatikan punggung masing-masing.
Evidence-based	Praktik terbaik. Keandalan tinggi / nol cacat. Gerakkan berbasis hasil. Ilmu keselamatan. Standardisasi: protokol, daftar periksa, pedoman. Teknologi / otomasi.
Communication	Tegas / angkat bicara. Pendekatan bottom-up, Hand-off. Kaitan antara eksekutif dan garis depan / resolusi / umpan balik. Briefing / pembekalan keselamatan Teknik terstruktur: SBAR, time-out, read-back, Transparansi.
Learning	Kesadaran / informasi. Rayakan kesuksesan / penghargaan. Gerak berbasis data, Pendidikan / pelatihan termasuk dokter,. Belajar dari kesalahan / evaluasi, Monitor / benchmark. Peningkatan performa . Proaktif Analisis akar penyebab, Bagikan pelajaran yang dipetik.
Just	Bebas dari menyalahkan Pengungkapan. Pelaporan tanpa hukuman Tidak ada perilaku berisiko, Sistem bukan individu. Kepercayaan
Patient- Centered	Keterlibatan masyarakat / akar rumput. Kasih sayang / perhatian Memberdayakan pasien / keluarga. Pengalaman teladan pasien. Fokus pada pasien. Partisipasi formal dalam perawatan. promosi kesehatan, informasi pasien / keluarga. Cerita pasien



(Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. : Patient Safety 2030. London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre, 2016.)

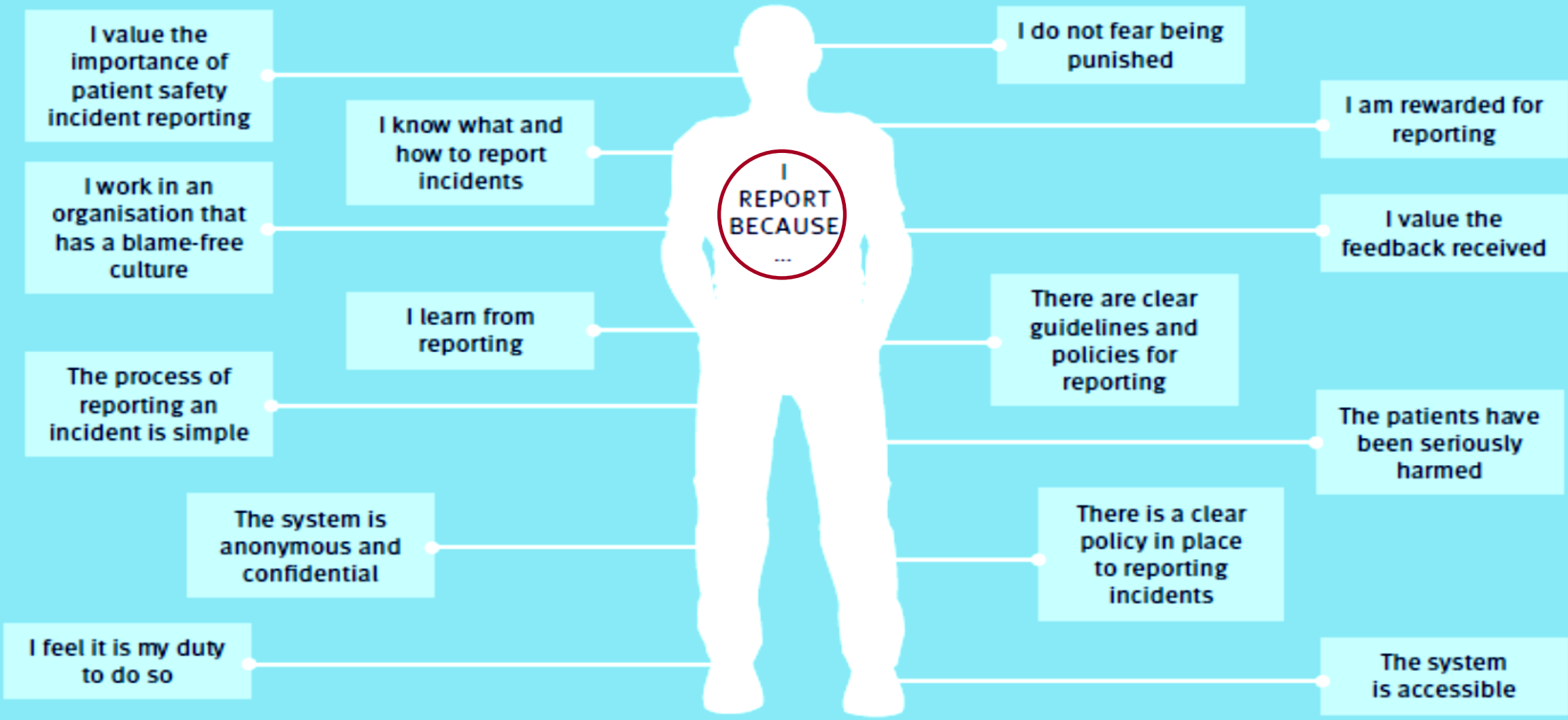


EXHIBIT 13: Barriers and facilitators to reporting¹¹⁴

(Yu A, Flott K, Chainani N, Fontana G, Darzi A. : Patient Safety 2030. London, UK: NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre, 2016.)

PATIENT SAFETY 2030

NIHR Patient Safety Translational Research Centre at Imperial
College London and Imperial College Healthcare NHS Trust

- The NIHR Imperial Patient Safety Translational Research Centre (PSTRC)
- is part of the National Institute for Health Research and
- is a collaboration between Imperial College London and
- Imperial College Healthcare NHS Trust

EXECUTIVE SUMMARY

Tidak ada solusi sederhana untuk meningkatkan keselamatan, dan tidak ada intervensi tunggal yang diimplementasikan secara terpisah akan sepenuhnya menangani masalah ini. Laporan ini menyoroti empat pilar strategi keselamatan:

- 1. Pendekatan sistem.** Pendekatan untuk mengurangi kerugian harus diintegrasikan dan diterapkan pada tingkat sistem.
- 2. Fokus pd budaya.** Sistem dan organisasi kesehatan harus benar-benar mengutamakan kualitas dan keselamatan melalui penglihatan yang inspiratif dan penguatan positif, bukan melalui kesalahan dan hukuman.
- 3. Pasien sebagai mitra sejati.** Organisasi kesehatan harus melibatkan pasien dan staf dalam keselamatan sebagai bagian dari solusi, tidak hanya sebagai korban atau pelaku kejahatan.
- 4. Bias menuju tindakan.** Intervensi harus didasarkan pada bukti kuat. Namun, ketika bukti kurang atau masih muncul, penyedia layanan harus melanjutkan dengan hati-hati, mengambil keputusan yang beralasan daripada tidak bertindak.

American College of Healthcare Executives,

“Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success”.
(2016).



Leading a Culture of Safety: A Blueprint for Success

Leading for Safety



ORGANIZATIONAL LEARNING – CONTINUOUS IMPROVEMENT
Measurement • Analysis and interpretation • Change implementation • Feedback

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

1



Establish a compelling vision for safety. An organization's vision reflects priorities that, when aligned with its mission, establish a strong foundation for the work of the organization. By embedding a vision for total patient and workforce safety within the organization, healthcare leaders demonstrate that safety is a core value.

Menetapkan visi yang meyakinkan untuk keselamatan.

Visi organisasi mencerminkan prioritas bahwa, jika sejalan dengan misinya, membangun fondasi yang kuat untuk pekerjaan organisasi. Dengan menanamkan visi untuk keselamatan pasien dan keselamatan SDM di dalam organisasi, pemimpin kesehatan menunjukkan bahwa keselamatan adalah nilai pokok.

2



Build trust, respect, and inclusion. Establishing trust, showing respect, and promoting inclusion — and demonstrating these principles throughout the organization and with patients and families — is essential to a leader’s ability to create and sustain a culture of safety. In order to achieve zero harm, leaders must ensure that their actions are consistent at all times and across all levels of the organization. Trust, respect, and inclusion are non-negotiable standards that must encompass the Board room, the C-suite, clinical departments, and the entire workforce.

Bangun kepercayaan, rasa hormat, dan inklusi.

Membangun kepercayaan, menunjukkan rasa hormat, dan mempromosikan inklusi - dan menunjukkan prinsip2 di seluruh organisasi dan dengan pasien dan keluarga - sangat penting bagi kemampuan seorang pemimpin untuk menciptakan dan mempertahankan budaya keselamatan. Untuk mencapai bahaya nol, para pemimpin harus memastikan bahwa tindakan mereka konsisten setiap saat dan di semua tingkat organisasi. Kepercayaan, rasa hormat, dan inklusi adalah standar yang tidak dapat dinegosiasikan yang harus mencakup ruang Dewan, departemen klinis, dan keseluruhan staf

3



Select, develop, and engage your Board. Governing Boards play a vital role in creating and maintaining safety cultures. CEOs are responsible for ensuring the education of their Board members on foundational safety science, including the importance of and processes for keeping patients and the workforce safe. Boards must ensure that metrics that meaningfully assess organizational safety and a culture of safety are in place and systematically reviewed, analyzed, and the results acted upon.

Memilih, mengembangkan, dan melibatkan Dewan Pembina.

Dewan Pembina memainkan peran penting dalam menciptakan dan memelihara budaya keselamatan. CEO bertanggung jawab untuk memastikan pendidikan anggota Dewan mengenai ilmu keselamatan dasar, termasuk pentingnya dan proses untuk menjaga pasien dan angkatan kerja tetap aman. Dewan harus memastikan bahwa ukuran/metrik yang secara bermakna menilai keamanan organisasi dan budaya keselamatan tersedia dan dianalisis secara sistematis, dan hasilnya ditindaklanjuti.

4



Prioritize safety in the selection and development of leaders. It is the responsibility of the CEO, in collaboration with the Board, to include accountability for safety as part of the leadership development strategy for the organization. In addition, identifying physicians, nurses, and other clinical leaders as safety champions is key to closing the gap between administrative and clinical leadership development. Expectations for the design and delivery of relevant safety training for all executive and clinical leaders must be set by the CEO and subsequently spread throughout the organization.

Prioritaskan keamanan dalam pemilihan dan pengembangan pemimpin.

Merupakan tangg-jawab CEO, bekerja sama dengan Dewan, untuk memasukkan akuntabilitas keselamatan sebagai bagian dari strategi pengembangan kepemimpinan bagi organisasi. Selain itu, mengidentifikasi dokter, perawat, dan pemimpin klinis lainnya sbg champion keselamatan adalah kunci untuk menutup kesenjangan antara pengembangan kepemimpinan administratif dan klinis. Harapan untuk merancang dan mengirimkan pelatihan keselamatan yg relevan untuk semua pemimpin eksekutif dan klinis harus ditetapkan oleh CEO dan kemudian menyebar ke seluruh organisasi.

5



Lead and reward a just culture. Leaders must possess a thorough understanding of the principles and behaviors of a just culture, and be committed to teaching and modeling them. Human error is and always will be a reality. In a just culture framework, the focus is on addressing systems issues that contribute to errors and harm. While clinicians and the workforce are held accountable for actively disregarding protocols and procedures, the reporting of errors, lapses, near-misses, and adverse events is encouraged. The workforce is supported when systems break down and errors occur. In a true just culture, all workforce members—both clinical and non-clinical—are empowered and unafraid to voice concerns about threats to patient and workforce safety.

Memimpin dan menghargai budaya yang adil – just culture.

Pemimpin harus memiliki pemahaman menyeluruh ttg prinsip dan perilaku budaya yg adil, dan berkomitmen utk mengajar dan memberi model mereka. Kesalahan manusia adalah dan selalu akan menjadi kenyataan. Dalam kerangka budaya yg adil, fokusnya adalah pada menangani masalah sistem yg berkontribusi pada kesalahan dan kerugian. Sementara dokter dan tenaga kerja bertanggung-jwb untuk secara aktif mengabaikan protokol dan prosedur, melaporkan kesalahan, penyimpangan, nyaris rindu, dan kejadian buruk dianjurkan. Staf didukung saat sistem macet dan terjadi kesalahan. Dalam budaya sejati, semua staf - baik yg bersifat klinis maupun non-klinis - diberi wewenang dan tidak takut untuk menyuarakan kekhawatiran ttg ancaman thd keselamatan pasien dan staf.

6



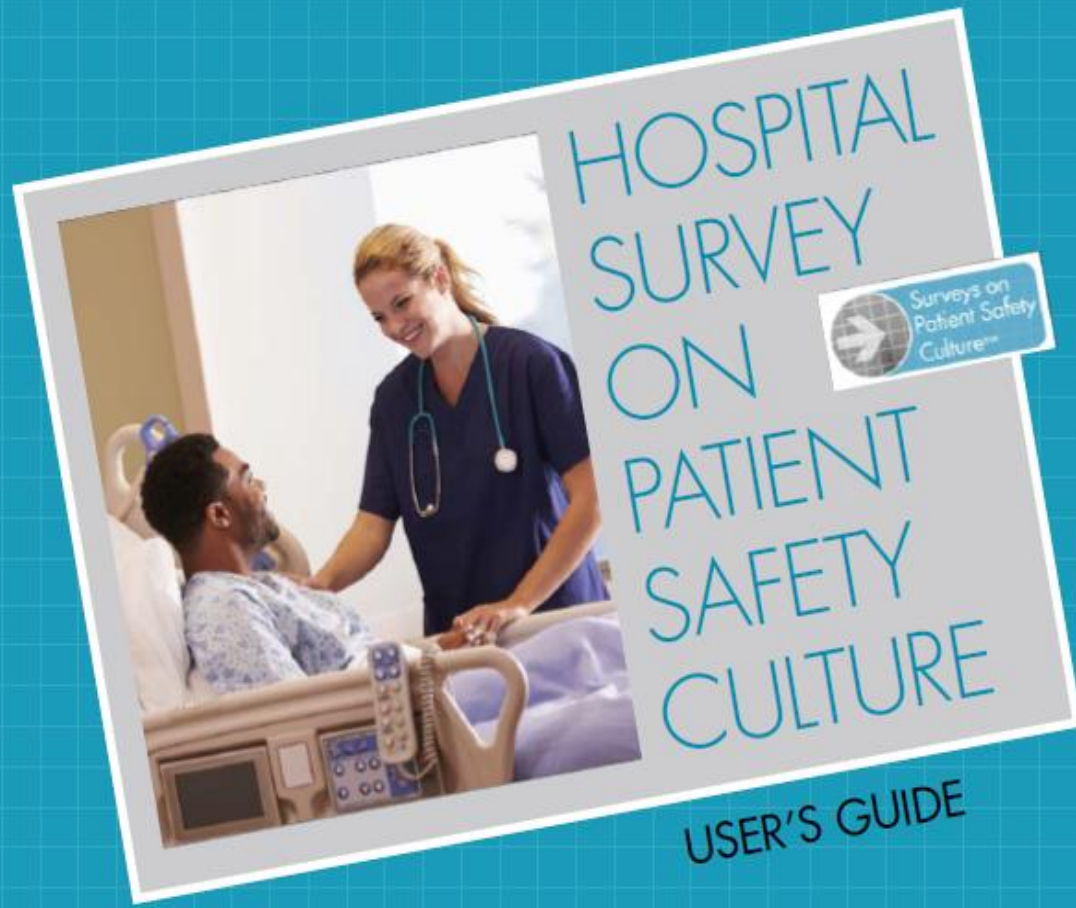
Establish organizational behavior expectations. Senior leaders are responsible for establishing safety-mindfulness for all clinicians and the workforce and, perhaps even more importantly, modeling these behaviors and actions. These behaviors include, but are not limited to, transparency, effective teamwork, active communication, civility, and direct and timely feedback. These cultural commitments must be universally understood and apply equally to the entire workforce, regardless of rank, role, or department.

Menetapkan harapan perilaku organisasi.

Pemimpin senior bertanggung jawab untuk membangun kesadaran keselamatan bagi semua dokter dan angkatan kerja dan, mungkin yang lebih penting lagi, memodelkan perilaku dan tindakan ini. Perilaku ini meliputi, namun tidak terbatas pada, transparansi, kerja tim yang efektif, komunikasi aktif, kesopanan, dan umpan balik langsung dan tepat waktu. Komitmen budaya ini harus dipahami dan diterapkan secara universal untuk keseluruhan angkatan kerja, terlepas dari peringkat, peran, atau departemen

References

- 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/LeadershipGuide toPatientSafetyWhitePaper.aspx
- Institute of Medicine (IOM). (2000). To err is human: Building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press. Retrieved from <http://www.iom.edu/Reports/1999/To-Err-isHuman-Building-A-Safer-HealthSystem.aspx>
- Institute of Medicine (IOM). (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century. Washington, DC: National Academies Press. Retrieved from <http://iom.edu/Reports/2001/Crossing-the-QualityChasm-A-New-Health-System-forthe-21st-Century.aspx>
- Leape, L.L., Berwick, D.M., & Bates, D.W. (2002). What practices will most improve safety? Evidence-based medicine meets patient safety. *Journal of the American Medical Association*, 288(4), 501–507.
- The Joint Commission. (2009). Joint Commission Standards. Retrieved February 16, 2009, from <http://www.jointcommission.org/>



KUESIONER SURVEY BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

RS

INSTRUKSI

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

Isi kuesioner ini dalam waktu 15 menit.

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

Table 1. Patient Safety Culture Composites and Definitions

Patient Safety Culture Composite/Gabungan Budaya Keselamatan Pasien	Definition: <i>The extent to which...</i>/Definisi: <i>Sejauh mana</i>
1. Communication Openness /Keterbukaan komunikasi	Staff freely speak up if they see something that may negatively affect a patient and feel free to question those with more authority.
2. Feedback and Communication About Error /Umpan Balik dan Komunikasi Tentang Kesalahan	Staff are informed about errors that happen, are given feedback about changes implemented, and discuss ways to prevent errors.
3. Frequency of Events Reported / Frekuensi Kejadian Dilaporkan	Mistakes of the following types are reported: (1) mistakes caught and corrected before affecting the patient/KNC, (2) mistakes with no potential to harm the patient/KTC, and (3) mistakes that could harm the patient but do not/KTC.
4. Handoffs and Transitions/ “Operan” sif dan Transisi	Important patient care information is transferred across hospital units and during shift changes.
5. Management Support for Patient Safety/ Dukungan Manajemen untuk Keselamatan Pasien	Hospital management provides a work climate that promotes patient safety and shows that patient safety is a top priority.
6. Nonpunitive Response to Error/ Respons Nonpunitif terhadap Kesalahan	Staff feel that their mistakes and event reports are not held against them and that mistakes are not kept in their personnel file.

Table 1. Patient Safety Culture Composites and Definitions

Patient Safety Culture Composite/Gabungan Budaya Keselamatan Pasien	Definition: <i>The extent to which...</i>/Definisi: <i>Sejauh mana</i>
7. Organizational Learning—Continuous Improvement/ Pembelajaran Organisasi — Peningkatan Berkesinambungan	Mistakes have led to positive changes and changes are evaluated for effectiveness.
8. Overall Perceptions of Patient Safety/ Persepsi Menyeluruh tentang Keselamatan Pasien	Procedures and systems are good at preventing errors and there is a lack of patient safety problems.
9. Staffing	There are enough staff to handle the workload and work hours are appropriate to provide the best care for patients.
10. Supervisor/Manager Expectations and Actions Promoting Patient Safety/ Kegiatan Mempromosikan Keselamatan Pasien	Supervisors/managers consider staff suggestions for improving patient safety, praise staff for following patient safety procedures, and do not overlook patient safety problems.
11. Teamwork Across Units/Teamwork Lintas Unit	Hospital units cooperate and coordinate with one another to provide the best care for patients.
12. Teamwork Within Units/ Teamwork Dalam Unit	Staff support each other, treat each other with respect, and work together as a team.

BAGIAN A:
UNIT KERJA ANDA

Dalam survei ini pikirkan tentang “UNIT” sebagai tempat bekerja, departemen atau area klinis di rumah sakit di mana anda menghabiskan banyak waktu atau memberi pelayanan klinis.

Apa unit utama kerja anda di rumah sakit ini? Pilih satu jawaban dibawah ini.

- | | | |
|-----------------------|-------------------------------|----------------------|
| a. Bedah | h. ICU | l. Gizi |
| b. Gawat Darurat | i. Penyakit Dalam (Non Bedah) | m. Sanitasi |
| c. Rehab Medik | j. CSSD | n. Farmasi |
| d. Radiologi | k. Anastesi | o. Lain-lain : |
| e. Rawat Inap | | (Tuliskan) |
| f. Kesehatan Anak | | |
| g. Maternal Perinatal | | |

Harap diisi pernyataan-pernyataan dibawah ini sesuai pendapat anda.

Lingkari jawaban anda.

Respons Neg

Netral

Respons Pos

No.	Aspek yang ditanyakan	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Netral	Setuju	Sangat setuju
1	Karyawan di unit kami saling mendukung	1	2	3	4	5
2	Unit kami memiliki cukup staf untuk menangani beban kerja yang berlebih	1	2	3	4	5
3	Bila unit kami ada pekerjaan yang harus dilakukan dalam waktu cepat, maka karyawan di unit kami bekerja bersama-sama sebagai tim untuk menyelesaikan pekerjaan tersebut	1	2	3	4	5
4	Petugas di unit kami saling menghargai	1	2	3	4	5
5r	Karyawan di unit kami bekerja dengan waktu yang lebih lama dari normal untuk perawatan pasien	1	2	3	4	5
6	Unit kami secara aktif melakukan kegiatan untuk meningkatkan keselamatan pasien	1	2	3	4	5

		Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Netral	Setuju	Sangat setuju
7r	Unit kami banyak menggunakan tenaga melebihi normal/tambahan untuk kegiatan pelayanan pasien	1	2	3	4	5
8r	Karyawan unit kami sering merasa bahwa kesalahan yang mereka lakukan digunakan untuk menyalahkan mereka	1	2	3	4	5
9	Di unit kami, kesalahan yang terjadi digunakan untuk membuat perubahan kearah yang positif	1	2	3	4	5
10r	Hanya karena kebetulan saja bila insiden yang lebih serius tidak terjadi di unit kami	1	2	3	4	5
11	Bila salah satu area di unit kami sangat sibuk, maka area lain dari unit kami akan membantu	1	2	3	4	5
12r	Bila unit kami melaporkan suatu insiden, yang dibicarakan adalah pelakunya bukan masalahnya	1	2	3	4	5
13	Sesudah membuat perubahan-perubahan untuk meningkatkan Keselamatan Pasien, kita lakukan evaluasi tentang efektivitasnya.	1	2	3	4	5
14r	Kami bekerja seolah-olah dalam keadaan "krisis", berusaha bertindak berlebihan dan terlalu cepat.	1	2	3	4	5
15	Unit kami tidak pernah mengorbankan keselamatan pasien untuk menyelesaikan pekerjaan yang lebih banyak	1	2	3	4	5
16r	Karyawan merasa khawatir kesalahan yang mereka buat akan dicatat di berkas pribadi mereka.	1	2	3	4	5
17r	Di unit kami banyak masalah keselamatan pasien	1	2	3	4	5
18	Prosedur dan system di unit kami sudah baik dalam mencegah terjadinya error	1	2	3	4	5

ANALISA / PENILAIAN HASIL SURVEI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Seyogyanya umpan balik hasil survei di distribusi 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.**

Kita ambil 3 kategori :

- 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)

PENILAIAN TIAP ASPEK/ITEM	Respons Neg	Netral	Respons Pos
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

BAGIAN B
MANAJER/SUPERVISOR/ KEPALA INSTALASI ANDA.

Silahkan tandai, anda setuju atau tidak setuju pada pernyataan dibawah ini mengenai Manajer/Supervisor anda saat ini atau seseorang yang harus secara langsung anda berikan.

⊕ Lingkari jawaban anda.

No	Aspek yang ditanyakan	Sangat tidak setuju	Tidak setuju	Netral	Setuju	Sangat setuju
1	Manajer/supervisor di unit kami memberi pujian jika melihat pekerjaan diselesaikan sesuai prosedur keselamatan pasien yang berlaku	1	2	3	4	5
2	Manajer/supervisor dengan serius mempertimbangkan masukan staf untuk meningkatkan keselamatan pasien	1	2	3	4	5
3r	Bila beban kerja tinggi, manajer/supervisor kami meminta kami bekerja cepat meski dengan mengambil jalan pintas	1	2	3	4	5
4r	Manajer/supervisor kami selalu mengabaikan masalah Keselamatan Pasien yang terjadi berulang kali di unit kami	1	2	3	4	5

BAGIAN C
KOMUNIKASI.

Seberapa sering kejadian ini timbul di Unit anda.

Lingkari jawaban anda.

+

No	Aspek yang ditanyakan	Tidak pernah	Jarang sekali	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1	Karyawan di unit kami mendapat umpan balik mengenai perubahan yang dilaksanakan atas dasar hasil laporan kejadian	1	2	3	4	5
2	Karyawan di unit kami bebas berbicara jika melihat sesuatu yang dapat berdampak negatif pada asuhan pasien	1	2	3	4	5
3	Karyawan di unit kami mendapat informasi mengenai insiden yang terjadi di unit ini.	1	2	3	4	5
4	Karyawan di unit kami merasa bebas untuk mempertanyakan keputusan atau tindakan yang diambil oleh atasannya	1	2	3	4	5
5	Di unit kami, didiskusikan cara untuk mencegah agar insiden tidak terulang kembali	1	2	3	4	5
6r	Karyawan di unit kami takut bertanya jika terjadi hal yang kelihatannya tidak benar	1	2	3	4	5

BAGIAN D
FREKUENSI PELAPORAN INSIDEN.

Di unit anda, apabila kesalahan-kesalahan ini terjadi, seberapa sering dilaporkan?

Lingkari jawaban anda.

No	Aspek yang ditanyakan	Tidak pernah	Jarang sekali	Kadang-kadang	Sering	Selalu
1	Bila terjadi kesalahan, tetapi <u>sempat diketahui dan dikoreksi sebelum berdampak pada pasien</u> , seberapa sering hal ini dilaporkan?	1	2	3	4	5
2	Bila terjadi kesalahan, tetapi <u>tidak berpotensi mencenderai pasien</u> , seberapa sering hal ini dilaporkan?	1	2	3	4	5
3	Bila terjadi kesalahan, yang <u>dapat mencederai pasien</u> tetapi ternyata tidak terjadi cedera, seberapa sering hal ini dilaporkan?	1	2	3	4	5

BAGIAN E
TINGKAT KESELAMATAN PASIEN

Pilih tingkat Keselamatan pasien pada unit anda

A. Sempurna B. Sangat Baik C. Bisa diterima D. Jelek/Buruk E. Gagal

BAGIAN F
RUMAH SAKIT ANDA.

Pikirkan tentang Rumah Sakit anda
Lingkari jawaban anda.

No	Aspek yang ditanyakan	Sangat Tidak Setuju	Tidak Setuju	Netral	Setuju	Sangat Setuju
1	Manajemen rumah sakit membuat suasana kerja yang mendukung keselamatan pasien	1	2	3	4	5
2r	Antar Unit di RS kami tidak saling berkoordinasi dengan baik	1	2	3	4	5
3r	Bila terjadi pemindahan pasien dari unit satu ke unit lain, pasti menimbulkan masalah terkait dengan informasi pasien	1	2	3	4	5
4	Terdapat kerjasama yang baik antar unit di RS yang dibutuhkan untuk menyelesaikan pekerjaan bersama	1	2	3	4	5
5r	Informasi penting mengenai pelayanan pasien sering hilang saat pergantian jaga (shift)	1	2	3	4	5
6r	Sering kali tidak menyenangkan bekerja dengan staf dari unit lain di RS ini	1	2	3	4	5
7r	Masalah sering timbul dalam pertukaran informasi antar unit di RS	1	2	3	4	5
8	Tindakan manajemen RS menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama	1	2	3	4	5
9r	Manajemen RS kelihatan tertarik pada Keselamatan Pasien hanya sesudah terjadi KTD (Kejadian yang Tidak Diharapkan)	1	2	3	4	5
10	Unit-unit di RS bekerjasama dengan baik untuk memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasien	1	2	3	4	5
11r	Pergantian <i>shift</i> merupakan masalah bagi pasien-pasien di RS ini.	1	2	3	4	5

BAGIAN G
Jumlah kejadian yang dilaporkan.

- Dalam 12 bulan terakhir jumlah laporan kejadian yang telah anda isi dan kirimkan :
- a. Tidak ada laporan kejadian
 - b. 1-2 laporan kejadian
 - c. 3-5 laporan kejadian
 - d. 6-10 laporan kejadian
 - e. 11-20 laporan kejadian
 - f. 21 atau lebih laporan kejadian

BAGIAN H
LATAR BELAKANG

1. Berapa lama anda bekerja di RS ini?
 - a. kurang dari 1 tahun
 - b. 1-5 tahun
 - c. 6-10 tahun
 - d. 11-15 tahun
 - e. 16-20 tahun
 - f. 21 tahun atau lebih
2. Berapa lama anda bekerja di unit ini?
 - a. kurang dari 1 tahun
 - b. 1-5 tahun
 - c. 6-10 tahun
 - d. 11-15 tahun
 - e. 16-20 tahun
 - f. 21 tahun atau lebih
3. Tepatnya, berapa jam dalam seminggu anda bekerja di RS ini?
 - a. kurang dari 20 jam seminggu
 - b. 20-39 jam seminggu
 - c. 40 - 59 jam seminggu
 - d. 60 – 79 jam seminggu
 - e. 80 – 99 jam seminggu
 - f. 100 jam atau lebih seminggu
4. Apa posisi/jabatan anda di RS ini?
 - a. Dokter
 - b. Perawat
 - c. Apoteker
 - d. Asisten apoteker
 - e. Ahli gizi
 - f. Administrasi/Manajemen
 - g. Fisioterapis
 - h. Analis laboratorium
 - i. Sanitarian
 - j. Tekhnisi
 - k. Radiografer
 - l. Satpam
 - m. Lain-lain:-----
5. Dalam posisi/jabatan anda, apakah anda berhubungan langsung dengan pasien?
 - a. Ya
 - b. Tidak
6. Berapa lama anda bekerja sesuai profesi saat ini?
 - a. kurang dari 1 tahun
 - b. 1-5 tahun
 - c. 6-10 tahun
 - d. 11-15 tahun
 - e. 16-20 tahun
 - f. 21 tahun atau lebih

ANALISA / PENILAIAN HASIL SURVEI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Seyogyanya umpan balik hasil survei di distribusi 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.**

Kita ambil 3 kategori :

- 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)

PENILAIAN TIAP ASPEK/ITEM	Respons Neg	Netral	Respons Pos
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 :

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

Bagian B (Dimensi Manajer/Supervisor, Dan Ka Instalasi Anda)

NO	Aspek-Aspek dalam Bagian B	Respon Positif	Respon Negatif	Netral	Total Respon	Keterangan
1.	Manajer, Supervisor di unit kami memberikan pujian jika melihat pekerjaan diselesaikan sesuai prosedur keselamatan pasien yang berlaku. (Pernyataan Positif)	80	15	5	100	
2.	Manajer, Supervisor dengan serius mempertimbangkan masukkan staf untuk meningkatkan Keselamatan pasien. (Pernyataan Positif)	75	15	10	100	
3.	Bila beban kerja tinggi, manajer/supervisor kami meminta bekerja cepat meski dengan mengambil jalan pintas. (Pernyataan Negatif)	90	5	5	100	
4.	Manajer, supervisor kami selalu mengabaikan masalah Keselamatan Pasien yang terjadi berulang kali di unit kami. (Pernyataan Negatif)	70	20	10	100	
		325			400	

Hasil analisa penilaian Bagian B (Dimensi Manajer, Supervisor, dan Ka. Instalasi anda) :

$$\frac{325}{400} = 81.25 \%$$

Makna penilaian :

- Angka diatas 75% menunjukkan budaya safety yang kuat dan perlu dipertahankan.
- Angka dibawah 50% memerlukan perbaikan sistem untuk bidang tersebut/aspek yang dinilai.

Dimensi dan Keandalan Budaya Keselamatan

I. VARIABEL LATAR BELAKANG

- A. Apa unit utama kerja anda di rumah sakit ini?
- H1. Berapa lama anda bekerja di RS ini?
- H2. Berapa lama anda bekerja di unit ini?
- H3. Tepatnya, berapa jam dalam seminggu anda bekerja di RS ini?
- H4. Apa posisi/jabatan anda di RS ini?
- H5. Dalam posisi/jabatan anda, apakah anda berhubungan langsung dengan pasien?
- H6. Berapa lama anda bekerja sesuai profesi saat ini?

II. UKURAN HASIL (OUTCOME)

A. Frekuensi Laporan Kejadian

- D1. Bila terjadi kesalahan, tetapi sempat diketahui dan dikoreksi sebelum berdampak pada pasien, seberapa sering hal ini dilaporkan?
- D2. Bila terjadi kesalahan, tetapi tidak berpotensi mencederai pasien, seberapa sering hal ini dilaporkan?
- D3. Bila terjadi kesalahan, yang dapat mencederai pasien tetapi ternyata tidak terjadi cedera, seberapa sering hal ini dilaporkan?

Kehandalan dari dimensi ini (3 item) = 84%

B. Persepsi Keselamatan Secara Umum

- A15. Unit kami tidak pernah mengorbankan keselamatan pasien untuk menyelesaikan pekerjaan yang lebih banyak
- A18. Prosedur dan system diunit kami sudah baik dalam mencegah terjadinya error
- A10r. Hanya karena kebetulan saja bila insiden yang lebih serius tidak terjadi di unit kami. (reverse worded)
- A17r. Di unit kami banyak masalah keselamatan pasien. (reverse worded)

Kehandalan dari dimensi ini (4 item) = 74%

C. Tingkat Keselamatan Pasien

- E. Pilih tingkat Keselamatan pasien pada unit anda?

Ukuran Tunggal: Tingkat A sampai E

D. Jumlah Kejadian Yang Dilaporkan

- G. Dalam 12 bulan terakhir jumlah laporan kejadian yang telah anda isi dan kirimkan?

Ukuran Tunggal

III. DIMENSI BUDAYA KESELAMATAN TINGKAT UNIT

A. Ekpektasi dan Kegiatan Supervisor/Manager yang mendukung Keselamatan

- B1. Manajer/supervisor di unit kami memberi pujian jika melihat pekerjaan diselesaikan sesuai prosedur keselamatan pasien yang berlaku.
- B2. Manajer/supervisor dengan serius mempertimbangkan masukan staf untuk meningkatkan keselamatan pasien.
- B3r. Bila beban kerja tinggi, manajer/supervisor kami meminta kami bekerja cepat meski dengan mengambil jalan pintas. (reverse worded)
- B4r. Manajer/supervisor kami selalu mengabaikan masalah Keselamatan Pasien yang terjadi berulang kali di unit kami. (reverse worded)

Kehandalan dari dimensi ini (4 item) = 75%

B. Pembelajaran Organisasi – Perbaikan Terus Menerus

- A6. Unit kami secara aktif melakukan kegiatan untuk meningkatkan keselamatan pasien.
- A9. Di unit kami, kesalahan yang terjadi digunakan untuk membuat perubahan kearah yang positif.
- A13. Sesudah membuat perubahan-perubahan untuk meningkatkan Keselamatan Pasien, kita lakukan evaluasi tentang efektivitasnya.

Kehandalan dari dimensi ini (3 item) = 76%

C. Teamwork Dalam Unit RS

- A1. Karyawan di unit kami saling mendukung.
- A3. Bila unit kami ada pekerjaan yang harus dilakukan dalam waktu cepat, maka karyawan di unit kami bekerja bersama-sama sebagai tim untuk menyelesaikan pekerjaan tersebut.
- A4. Petugas di unit kami saling menghargai.
- A11. Bila salah satu area di unit kami sangat sibuk, maka area lain dari unit kami akan membantu.

Kehandalan dari dimensi ini (4 item) = 83%

D. Keterbukaan Komunikasi

- C2. Karyawan di unit kami bebas berbicara jika melihat sesuatu yang dapat berdampak negatif pada pelayanan pasien.
- C4. Karyawan di unit kami merasa bebas untuk mempertanyakan keputusan atau tindakan yang diambil oleh atasannya.
- C6r. Karyawan di unit kami takut bertanya jika terjadi hal yang kelihatannya tidak benar. (reverse worded)

Kehandalan dari dimensi ini (3 item) = 72%

E. Umpan Balik dan Komunikasi Tentang Error

- C1. Karyawan di unit kami mendapat umpan balik mengenai perubahan yang dilaksanakan atas dasar hasil laporan insiden.
- C3. Karyawan di unit kami mendapat informasi mengenai insiden yang terjadi di unit ini..
- C5. Di unit kami, didiskusikan cara untuk mencegah agar insiden tidak terulang kembali.

Kehandalan dari dimensi ini (3 item) = 78%

F. Respon Tidak Menghukum Terhadap Terjadinya Error

- A8r. Karyawan unit kami sering merasa bahwa kesalahan yang mereka lakukan digunakan untuk menyalahkan mereka. (reverse worded)
- A12r. Bila unit kami melaporkan suatu insiden, yang dibicarakan adalah pelakunya bukan masalahnya. (reverse worded)
- A16r. Karyawan merasa khawatir kesalahan yang mereka buat akan dicatat di berkas pribadi mereka. (reverse worded)

Kehandalan dari dimensi ini (3 item) = 79%

G. Staffing

- A2. Unit kami memiliki cukup staf untuk menangani beban kerja yang berlebih.
- A5r. Karyawan di unit kami bekerja dengan waktu yang lebih lama dari normal untuk perawatan pasien. (reverse worded)
- A7r. Unit kami banyak menggunakan tenaga melebihi normal/tambahan untuk kegiatan pelayanan pasien. (reverse worded)
- A14r. Kami bekerja seolah-olah dalam keadaan "krisis", berusaha bertindak berlebihan dan terlalu cepat. (reverse worded)

Kehandalan dari dimensi ini (4 item) = 63%

H. Dukungan Manajemen RS Terhadap Keselamatan Pasien

- F1. Manajemen rumah sakit membuat suasana kerja yang mendukung keselamatan pasien.
- F8. Tindakan manajemen RS menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama.
- F9r. Manajemen RS kelihatan tertarik pada Keselamatan Pasien hanya sesudah terjadi KTD (Kejadian yang Tidak Diharapkan). (reverse worded)

Kehandalan dari dimensi ini (3 item) = 83%

IV. DIMENSI BUDAYA KESELAMATAN TINGKAT RUMAH SAKIT

A. Teamwork Antar Unit di RS

- F4. Terdapat kerjasama yang baik antar unit di RS yang dibutuhkan untuk menyelesaikan pekerjaan bersama.
- F10. Unit-unit di RS bekerjasama dengan baik untuk memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasien.
- F2r. Antar Unit di RS kami tidak saling berkoordinasi dengan baik. (reverse worded)
- F6r. Sering kali tidak menyenangkan bekerja dengan staf dari unit lain di RS ini. (reverse worded)

Kehandalan dari dimensi ini (4 item) = 80%

B. Handoffs dan Pergantian di RS

- F3r. Bila terjadi pemindahan pasien dari unit satu ke unit lain, pasti menimbulkan masalah terkait dengan informasi pasien. (reverse worded)
- F5r. Informasi penting mengenai pelayanan pasien sering hilang saat pergantian jaga (shift). (reverse worded)
- F7r. Masalah sering timbul dalam pertukaran informasi antar unit di RS. (reverse worded)
- F11r. Pergantian *shift* merupakan masalah bagi pasien-pasien di RS ini. (reverse worded)

Kehandalan dari dimensi ini (4 item) = 80%



Terima kasih



**Thank
You!!!**