



**PEMERINTAH KABUPATEN PESISIR SELATAN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN**

Jl. Dr. A. Rivai Painan (kode Pos 25611)
Telp. (0756) 21428 Fax. (0756) 21398 Email. rsudpainan@ymail.com



**KEPUTUSAN DIREKTUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR : 800/09. /o /RSUD-SK/1/2019**

TENTANG

**RUMAH SAKIT MENGUKUR DAN MENGEVALUASI
BUDAYA KESELAMATAN PASIEN**

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

- Menimbang** : a bahwa pengukuran budaya keselamatan pasien juga perlu dilakukan oleh rumah sakit.
- b bahwa rumah sakit mengukur dan mengevaluasi budaya keselamatan pasien perlu ditetapkan dengan keputusan Direktur RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.
- Mengingat** : 1 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- 2 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit.
- 3 Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan.
- 4 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 129/Menkes /SK/II/2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit.
- 5 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 66 tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.
- 6 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien.
- 7 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit.

- 8 Peraturan Daerah Kabupaten Pesisir Selatan Nomor 5 Tahun 2014 Tentang Susunan Organisasi Dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kabupaten Pesisir Selatan.

- Menetapkan** : **MEMUTUSKAN :**
- KESATU** : **KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN TENTANG MENGUKUR DAN MENGEVALUASI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN.**
- KEDUA** : Rumah sakit telah melaksanakan pengukuran budaya keselamatan.
- KETIGA** : Hasil dari pengukuran budaya keselamatan dipergunakan untuk memperbaiki dan meningkatkan budaya keselamatan di masa yang akan datang.
- KEEMPAT** : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, akan dilakukan perubahan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di Painan
Pada Tanggal 2 Januari 2019
DIREKTUR,



PEDOMAN

BUDAYA KESELAMATAN RUMAH SAKIT TAHUN 2019



Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Muhammad Zein Painan

Jl. Dr. A. Rivai, Painan 25611
Phone : (0756) 21428-21518, Fax. 0756- 21398

DAFTAR ISI

| | Halaman |
|--|----------------|
| A. PENDAHULUAN | 1 |
| B. LATAR BELAKANG | 1 |
| C. TUJUAN | 3 |
| D. RUANG LINGKUP | 4 |
| E. KEBIJAKAN | 5 |
| F. TATA LAKSANA | 7 |
| G. DOKUMENTASI | 15 |
| H. KUISIONER SURVEY BUDAYA KESELAMATAN RSUD | 17 |

LAMPIRAN : KEPUTUSAN DIREKTUR RSUD DR. MUHAMMAD ZEIN PAINAN
NOMOR : 800/09. /RSUD-SK/1/2019
TANGGAL : 02 JANUARI 2019
TENTANG : PEDOMAN BUDAYA KESELAMATAN RUMAH SAKIT

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Budaya keselamatan di rumah sakit dapat diartikan sebagai berikut yaitu, sebuah lingkungan kolaboratif yang menekankan pada perilaku semua staf yang menekankan pada keselamatan pasien, petugas, sarana prasarana dan lingkungan. Semua pemberi pelayanan di rumah sakit memperlakukan satu sama lain secara hormat dengan melibatkan serta memberdayakan pasien dan keluarga. Pimpinan mendorong semua staf bekerja sama dalam satu kesatuan tim yang efektif, profesional, dan mengutamakan keselamatan pasien.

Budaya keselamatan mencerminkan pola perilaku individu maupun kelompok yang didasari atas nilai-nilai kemanusiaan, etika dan profesionalisme. Didalam pelaksanaan budaya keselamatan memerlukan komitmen dari semua pelaku serta kemampuan manajemen didalam pengelola semua potensi yang ada menuju kepada suatu pelayanan yang paripurna. Yang bercirikan komunikasi yang efektif, pelayanan yang kolaboratif dan terintegrasi dalam semua kegiatan rumah sakit.

Dengan budaya keselamatan maka mutu pelayanan rumah sakit akan meningkat baik kuantitas maupun kualitasnya sesuai dengan perkembangan tuntutan masyarakat.

Hal-hal penting menuju budaya keselamatan, adalah adanya:

1. Kebijakan
2. Pedoman
3. Panduan
4. SPO
5. Komitmen, kolaborasi dan integrasi

B. PENGERTIAN

1. **Budaya keselamatan** di rumah sakit dapat diartikan sebagai berikut yaitu, sebuah lingkungan kolaboratif yang menekankan pada perilaku semua staf yang menekankan pada keselamatan pasien, petugas, sarana prasarana dan lingkungan.
Budaya keselamatan juga merupakan hasil dari nilai-nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku dari individu maupun kelompok, yang menentukan komitmen terhadap keselamatan, serta kemampuan manajemen rumah sakit, dicirikan dengan komunikasi yang berdasarkan rasa saling percaya, dengan persepsi yang sama tentang pentingnya keselamatan, dan dengan keyakinan akan manfaat langkah-langkah pencegahan.
2. **Keselamatan pasien** didefinisikan sebagai layanan yang tidak mencederai dan merugikan pasien ataupun sebagai suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut meliputi penilaian risiko, identifikasi dan pengelolaan hal yang berhubungan dengan keselamatan pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko.
3. **Aspek keselamatan petugas** adalah upaya rumah sakit untuk memberikan jaminan kesehatan dan keselamatan kerja dan meningkatkan derajat kesehatan dengan cara pencegahan kecelakaan dan penyakit akibat kerja, pengendalian bahaya ditempat kerja, promosi kesehatan, pengobatan dan rehabilitasi.
4. **Aspek keselamatan lingkungan** adalah upaya rumah sakit untuk memberikan jaminan keselamatan lingkungan kerja.
5. **Budaya organisasi** adalah suatu pola keyakinan, nilai-nilai perilaku, norma-norma yang disepakati/diterima dan melingkupi semua proses sehingga membentuk bagaimana seseorang berperilaku dan bekerja bersama. Budaya organisasi merupakan kekuatan yang sangat besar dan sesuatu yang tetap ada walaupun terjadi perubahan tim dan perubahan personal.

C. TUJUAN

1. Tujuan Umum : tercapainya keselamatan:

- a. pasien dan keluarganya
- b. petugas
- c. sarana prasarana
- d. lingkungan

2. Tujuan Khusus

- a. tercapainya keselamatan pasien di IGD, Ruang Rawat Jalan, ICU, Ruang Rawat Inap, Kamar Operasi, Hemodialisa.
- b. tercapainya keselamatan seluruh petugas di lingkungan RSUD Dr Muhammad ZeinPainan.
- c. tercapai keselamatan sarana prasarana di rumah sakit.
- d. tercapainya keselamatan lingkungan di rumah sakit dan sekitar rumah sakit.

BAB II

RUANG LINGKUP

A. RUANG LINGKUP BUDAYA KESELAMATAN DI RSUD DR. MUHAMMAD ZEIN PAINAN:

1. Pasien dan keluarga yang mendapatkan pelayanan di rumah sakit.
2. sumber daya manusia adalah seluruh karyawan rumah sakit dan pihak lain yang bekerja sama dengan rumah sakit.
3. sarana prasarana adalah semua sarana medis, penunjang medis dan non medis
4. lingkungan adalah lingkungan fisik dan non fisik.

B. LANDASAN HUKUM

1. Undang–Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia 5072);
2. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1996 Nomor49, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 3637) ;
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1438/Menkes/Per/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran ;
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit ;
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 34 Tahun 2017 tentang Akreditasi Rumah Sakit ;
6. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit ;
7. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 66 tahun 2016 tentang Keselamatan dan Kesehatan Kerja Rumah Sakit.

BAB III

KEBIJAKAN

1. Direktur RS menciptakan dan mendukung budaya keselamatan di seluruh area di RS sesuai peraturan perundang-undangan.
2. Direktur RS mendorong staf klinis pemberi asuhan bekerja sama dalam tim yang efektif dan mendukung proses kolaborasi interprofesional dalam asuhan berfokus pada pasien.
3. Keselamatan dan mutu berkembang dalam suatu lingkungan yang mendukung kerja sama dan rasa hormat terhadap sesama, tanpa melihat jabatan mereka dalam rumah sakit.
4. Direktur RS menunjukkan komitmennya tentang budaya keselamatan dan mendorong budaya keselamatan untuk seluruh staf RS.
5. Seluruh staf bertanggung jawab mendukung budaya keselamatan dan menghindari perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan seperti:
 - a. Perilaku yang tidak layak (Inappropriate), seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat, memaki.
 - b. perilaku yang mengganggu (disruptive) antara lain perilaku tidak layak yang dilakukan secara berulang.
 - c. bentuk tindakan verbal atau non verbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain, “celetukan maut” adalah komentar sembrono di depan pasien yang berdampak menurunkan kredibilitas staf klinis lain, contoh mengomentari negatif hasil tindakan atau pengobatan staf lain didepan pasien.
 - d. perilaku yang melecehkan (harassment) terkait dengan ras, agama, suku termasuk gender; pelecehan seksual.
6. Hal penting menuju budaya keselamatan:
 - a. staf rumah sakit mengetahui bahwa kegiatan operasional rumah sakit berisiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten serta aman.
 - b. regulasi serta lingkungan kerja mendorong staf tidak takut mendapat hukuman bila membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera.

- c. direktur rumah sakit mendorong tim keselamatan pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nasional sesuai dengan peraturan perundang-undangan
 - d. mendorong kolaborasi antarstaf klinis dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.
7. Survei budaya keselamatan pasien di RSUD Dr Muhammad Zein Painan dilakukan 1 kali setahun oleh Komite Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien : Sub Keselamatan Pasien
8. Survei dilakukan kepada seluruh karyawan RSUD Dr Muhammad Zein Painan
9. Survei mengacu kepada pedoman Survei Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit (*Hospital Survei on Patient Safety Culture*), dikeluarkan oleh AHRQ (*American Hospital Research and Quality*), didesain untuk mengukur opini staf rumah sakit mengenai isu keselamatan pasien, *medical errors*, dan pelaporan insiden. Survei ini terdiri atas 42 item yang mengukur 12 dimensi keselamatan pasien.
10. PMKP menganalisa hasil survei dengan cara:
 - a) Membandingkan capaian antar profesi
 - b) Membandingkan capaian dengan tahun sebelumnya
11. Populasi penelitian ini adalah seluruh staf di RSUD Dr Muhammad Zein Painan terdiri dari dokter, perawat dan staf lain di rumah sakit yang tidak kontak langsung dengan pasien tetapi mempunyai dampak perawatan pasien.
12. Teknik sampling menggunakan proportionate stratified random sampling, sampel yang diperoleh lebih representatif dari pada sampel yang diperoleh dengan sampling acak yang sederhana dengan jumlah yang sama bagi setiap kategori.
13. Besar sampel menggunakan tabel isaac michael dengan α 5%
14. Teknik analisis data pada survei ini berupa analisis deskriptif, yaitu suatu teknik untuk mengungkap dan memaparkan pendapat dari responden berdasarkan jawaban dari instrumen penelitian yang telah diajukan. Dari data yang telah terkumpul kemudian dilakukan analisis data secara deskriptif yaitu dengan cara memaparkan secara objektif dan sistematis situasi yang ada dilapangan.
15. PMKP memberikan laporan hasil pengukuran dipersentasikan kepada pimpinan setiap tahun
16. Simpulan dan rekomendasi hasil survei ditindaklanjuti oleh pimpinan dan pimpinan unit kerja terkait.
17. Monitoring dan evaluasi dilakukan oleh Kepala Bidang/bagian, kepala unit bersama dengan PMKP

BAB IV TATA LAKSANA

A. SURVEI BUDAYA KESELAMATAN RUMAH SAKIT

1. PRINSIP UMUM

a. Aspek Keselamatan Pasien

- 1) memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi.
- 2) mendapat layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional.
- 3) mendapatkan privasi dan kerahasiaan penyakitnya yang diderita termasuk data medisnya.
- 4) mendapatkan informasi yang meliputi 7ector7c dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, 7ector7c7c7 tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya. Pengobatan.
- 5) memperoleh persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya.
- 6) memperoleh keamanan dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di rumah sakit.
- 7) menerapkan budaya keselamatan pasien.

b. Aspek Keselamatan Petugas

- 1) memeriksa kesehatan petugas (berkala, khusus)
- 2) menyediakan alat pelindung diri dan keselamatan kerja
- 3) menciptakan lingkungan kerja yang higienis secara teratur, melalui monitoring
 - 1) lingkungan kerja dari hazard yang ada.
 - 2) melaksanakan surveilas kesehatan pekerja.
- 4) staf terbebas dari perilaku yang tidak layak (inappropriate) seperti kata-kata atau 7ector tubuh yang merbahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan 7ector staf, misalnya mengumpat dan memaki;
- 5) staf terbebas dari perilaku yang mengganggu (disruptive) antara lain perilaku tidak layak yang dilakukan secara berulang, bentuk tindakan verbal atau nonverbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain, dan “celetukan maut” adalah komentar sembrono di depan pasien yang berdampak menurunkan kredibilitas staf klinis lain. Contoh mengomentari 7ector7c hasil tindakan atau pengobatan staf lain di depan pasien, misalnya “obatnya ini salah,

tamatan mana dia...?”, melarang perawat untuk membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan, memarahi staf klinis lainnya di depan pasien, kemarahan yang ditunjukkan dengan melempar alat bedah di kamar operasi, serta membuang rekam medis di ruang rawat;

- 6) perilaku yang melecehkan (harassment) terkait dengan ras, agama, dan suku termasuk gender;
- 7) pelecehan seksual.

c. Aspek Keselamatan Sarana Prasarana

- 1) Ada daftar inventaris alat medis dan non medis.
- 2) Alat medis diinveksi secara teratur (dikalibrasi).
- 3) Peralatan medis diuji coba sejak baru & sesuai umur, penggunaan & rekomendasi pabrik.
- 4) Ada program pemeliharaan preventif (jadwal pemeliharaan internal).
- 5) Tenaga yang kompeten menggunakan alat medis dan non medis.
- 6) Air bersih dan listrik tersedia dalam 24 jam.
- 7) Kualitas air dimonitoring secara teratur.
- 8) Merencanakan sumber darurat untuk listrik dan air (MOU dg PDAM, zenset).

d. Aspek Keselamatan Lingkungan

Rumah sakit melakukan identifikasi dan pencegahan terhadap bahaya lingkungan; bahaya potensial yang mungkin terjadi:

- 1) Sektor biologi (virus, bakteri, jamur).
- 2) Sektor kimia (sektor, gas anestesi).
- 3) Sektor ergonomi (cara duduk yang salah, mengangkat pasien yang salah, dll).
- 4) Sektor fisik (suhu, cahaya, bising, listrik, getaran dan radiasi).
- 5) Sektor psikososial (hubungan sektor kawan/atasan, bekerja begilir).
- 6) desain fisik.
- 7) kebakaran.
- 8) risiko sektor dan keamanan (pencurian, kekerasan fisik).
- 9) banjir.
- 10) gempa bumi.
- 11) sektor bebas rokok.
- 12) saluran limbah sektor dan limbah medis terpisah dan tertutup.
- 13) tempat sampah tersedia dilingkungan rumah sakit.

- 14) rumah sakit bebas dari 9ector (tikus, kucing, kecoa, dll)
- 15) lantai tidak licin, mudah dibersihkan
- 16) tersedia fasilitas pemadam kebakaran
- 17) tersedia CCTV pada area yang berisiko keamanan dan keselamatannya (lingkungan terpencil, ruang bayi, ruang anak-anak, dll)
- 18) pemberian identitas pada semua staf, pasien, pengunjung (penunggu pasien, tamu, vendor)

2. SISTEM PELAPORAN

Sistem pelaporan sangat vital di dalam pengumpulan informasi sebagai dasar analisa dan menyampaikan rekomendasi. Pelaporan budaya keselamatan rumah sakit dilakukan dengan menjamin kerahasiaan dan menjamin tidak ada dampak terhadap yang melaporkannya dan dijelaskan pada SPO pelaporan budaya keselamatan rumah sakit.. Pelaporan budaya keselamatan pasien dijelaskan pada panduan tersendiri (Panduan pengukuran budaya keselamatan pasien) dengan penjelasan:

- e. Sistem pelaporan insiden secara internal (lokal) maupun eksternal (nasional).
Kegiatan yang dilaksanakan Rumah Sakit: laporan internal sampai pada pemilik, melaporkan insiden secara nasional ke Komite Nasional Keselamatan Pasien (KNKP).
- f. Pelaporan Budaya keselamatan setiap bulan pada Direktur melalui Setiap kepala satuan kerja wajib membuat laporan budaya keselamatan pada Direktur melalui Ka.SuBag.HUKMAS, yang dilanjutkan pada Komite Etik Rumah Sakit untuk dilakukan telaah dan tindak lanjut.

3. PENGENDALIAN MUTU

Indikator mutu budaya keselamatan

- a. Kepatuhan penandaan lokasi operasi
- b. Kepatuhan pemasangan tanda risiko jatuh
- c. Tidak terjadi medication error
- d. Kepatuhan identifikasi pasien
- e. Kepatuhan cuci tangan
- f. Kepatuhan pelaporan insiden
- g. Emergency respon time (waktu tanggap pelayanan gawat darurat \leq 5 menit.
- h. Kepatuhan penggunaan APD.
- i. Tidak adanya SIP/STR yang kadaluarsa.

- j. Ketepatan waktu pelaksanaan kalibrasi alat medis.
- k. Ketepatan waktu pemeliharaan alat-alat non medis.
- l. Budaya ceklist dalam supervisi berjenjang.
 - 1) Mencegah supaya tdk terjadi risiko (OK, GIZI, CSSD)
 - 2) Untuk melakukan monitoring dan evaluasi (ceklist 5 K)
- m. Budaya pelaporan, pengumpulan data, analisa dan membuat rencana tindak lanjut.

B. SURVEI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

1. Survei Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit menggunakan kuesioner yang dikeluarkan oleh AHRQ (American Hoospital Research and Quality) Survei ini terdiri atas 42 item yang mengukur 12 dimensi keselamatan pasien.

Instrumen ini terdiri atas 42 item pertanyaan dalam 12 aspek keselamatan pasien yang menilai persepsi karyawan mengenai:

- a) Persepsi Budaya keselamatan pasien level unit kerja: 7 aspek dengan 24 item pertanyaan
 - Ekspektasi & tindakan Supervisor / Manajer, dalam mengembangkan budaya Keselamatan Pasien
 - Pembelajaran Organisasi — *Continous Improvement*
 - Tim kerja dalam Unit di Rumah sakit
 - Keterbukaan Komunikasi
 - Umpan Balik/*Feedback* dan komunikasi tentang *error*
 - Respon tidak menghukum terhadap *error*
 - Ketenagaan / *Staffing*
- b) Persepsi Budaya keselamatan pasien level manajemen rumah sakit: 3 aspek dengan 11 item
 - Dukungan Manajemen RS untuk Keselamatan Pasien
 - Teamwork di Unit RS
 - Transisi dan *Handoff* di RS
- c) Outcome keselamatan pasien : 4 aspek dengan 9 item
 - Persepsi Keselamatan Pasien secara umum
 - Frekuensi Pelaporan Insiden
 - Level Keselamatan Pasien (dari Unit di RS)
 - Jumlah pelaporan Kejadian

2. Survei mengandung dua pertanyaan kepada responden mengenai tingkat budaya keselamatan di unit kerja masing-masing dan banyaknya jumlah insiden yang telah mereka laporkan selama satu tahun terakhir. Sebagai tambahan, responden juga ditanya mengenai latar belakang

responden (unit kerja, masa kerja, apakah mereka berinteraksi langsung dengan pasien atau tidak)

3. Dimensi Budaya Keselamatan Pasien dan Definisi

| Dimensi Budaya Keselamatan pasien | Definisi |
|--|---|
| Komunikasi terbuka | Staf bebas berbicara ketika mereka melihat sesuatu yang berdampak negatif bagi pasien dan bebas menanyakan masalah tersebut kepada atasan |
| Komunikasi dan Umpan Balik mengenai insiden | Staf diberi informasi mengenai insiden yang terjadi, diberi umpan balik mengenai implementasi perbaikan, dan mendiskusikan cara untuk mencegah kesalahan |
| Frekuensi pelaporan insiden | <ol style="list-style-type: none">1. Kesalahan dengan tipe berikut ini dilaporkan: kesalahan diketahui dan dikoreksi sebelum mempengaruhi pasien2. kesalahan tanpa potensi cedera pada pasien3. kesalahan yang dapat mencederai pasien tetapi tidak terjadi |
| Handoffs dan Transisi | Informasi mengenai pasien yang penting dapat dikomunikasikan dengan baik antar unit dan antar shift. |
| Dukungan manajemen untuk keselamatan pasien | Manajemen rumah sakit mewujudkan iklim bekerja yang mengutamakan keselamatan pasien dan menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama |
| Respon nonpunitif (tidak menghukum) terhadap kesalahan | Staf merasa kesalahan dan pelaporan insiden tidak dipergunakan untuk menyalahkan mereka dan tidak dimasukkan kedalam penilaian personal |
| Pembelajaran organisasi–Peningkatan berkelanjutan | Kesalahan dipergunakan untuk perubahan kearah positif dan perubahan dievaluasi efektifitasnya |
| Persepsi keselamatan pasien secara keseluruhan | Prosedur dan sistem sudah baik dalam mencegah kesalahan dan hanya ada sedikit masalah keselamatan pasien |
| Staffing | Jumlah staf cukup untuk menyelesaikan beban kerja dan jumlah jam kerja sesuai untuk memberikan pelayanan yang terbaik untuk keselamatan pasien |

| | |
|---|---|
| Ekspektasi dan Upaya Atasan dalam meningkatkan keselamatan pasien | Atasan mempertimbangkan masukan staf untuk meningkatkan keselamatan pasien, memberikan pujian bagi staf yang melaksanakan prosedur keselamatan pasien, dan tidak terlalu membesar-besarkan masalah keselamatan pasien |
| Kerja sama tim antar unit | Unit kerja di rumah sakit bekerja sama dan berkoordinasi antara satu unit dengan unit yang lain untuk memberikan pelayanan yang terbaik untuk Pasien |
| Kerja sama dalam tim unit Kerja | Staf saling mendukung satu sama lain, saling menghormati, dan bekerja sama sebagai tim |

4. Populasi dan sampel

- a) Populasi penelitian ini adalah seluruh staf di RSUD Dr Muhammad Zein Painan terdiri dari dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya
- b) Teknik sampling menggunakan *proportionate stratified random sampling*, sampel yang diperoleh lebih representatif dari pada sampel yang diperoleh dengan *sampling* acak yang sederhana dengan jumlah yang sama bagi setiap kategori.
- c) Besar sampel menggunakan tabel isaac michael dengan α 5%
- d) Kriteria inklusi : masa kerja ≥ 1 tahun

5. Pengumpulan Data

PMKP mengumpulkan data dengan cara membagikan kuesioner kepada karyawan yang tersebar di berbagai unit dan menjadi responden dalam survei ini. Selain itu melihat dokumentasi pelaporan insiden keselamatan pasien di RSUD Dr Muhammad Zein Painan sebagai bahan analisis hasil pengukuran/ survei.

6. Pengolahan Data

a) Pengeditan (editing)

Pengeditan adalah proses yang bertujuan agar data yang dikumpulkan dapat memberikan kejelasan, mudah dibaca, konsisten, dan lengkap. Pemeriksaan dan meneliti kembali data yang telah terkumpul adalah langkah pertama tahap pengolahan data. Langkah tersebut dilakukan untuk mengetahui apakah data yang telah terkumpul tersebut baik sehingga segera dapat dipersiapkan untuk tahap analisis berikutnya. Tujuan dilakukannya editing untuk:

- Melihat lengkap tidaknya pengisian kuesioner.
- Melihat logis tidaknya jawaban.
- Melihat konsistensi antar pertanyaan.

b) Pemberian kode (coding)

Pemberian kode merupakan suatu cara untuk memberikan kode tertentu terhadap berbagai macam jawaban kuesioner untuk dikelompokkan pada kategori yang sama. Setelah tahap pemeriksaan data (editing) selesai dikerjakan dan jawaban responden dalam kuesioner dipandang cukup memadai, maka langkah berikutnya adalah pembuatan kode (coding). Coding dilakukan sebagai usaha untuk menyederhanakan data, yaitu dengan memberi simbol angka pada tiap-tiap jawaban, atau suatu cara mengklasifikasi jawaban responden atas suatu pertanyaan menurut macamnya dengan jalan menandai masing-masing jawaban dengan kode tertentu.

Input hasil kuisisioner pada template sesuai skor yang telah ditetapkan Pemberian skor pada setiap butir pertanyaan/ pernyataan pada instrumen sebagai berikut:

- Untuk pertanyaan/ pernyataan konten positif
 - SS : Sangat setuju Diberi skor 5
 - S : Setuju Diberi skor 4
 - RG: Ragu-ragu Diberi skor 3
 - TS : Tidak setuju Diberi skor 2
 - ST : Sangat tidak setuju Diberi skor 1
- Untuk pertanyaan/ pernyataan konten negatif
 - SS : Sangat setuju Diberi skor 1
 - S : Setuju Diberi skor 2
 - RG: Ragu-ragu Diberi skor 3
 - TS : Tidak setuju Diberi skor 4
 - ST : Sangat tidak setuju Diberi skor 5

c) Perhitungan

- 1) Hitung berapa respon positif untuk tiap item pada dimensi itu. Mis: Sangat setuju / Setuju atau Sering / selalu merupakan respon positif untuk item positif. Untuk item kalimat negatif, Tidak setuju mengidentifikasikan respon positif, jadi hitung jumlah respon “sangat tidak setuju / tidak setuju” atau “tidak pernah / jarang
- 2) Hitung total jumlah respon untuk item pada dimensi (tidak termasuk data yang tidak lengkap).
- 3) Bagi jumlah respon positif dengan total jumlah respon.

7. Representasi hasil pengukuran

Terdiri dari:

a) Latar belakang responden

- ✓ Profesi
- ✓ Masa kerja di rumah sakit
- ✓ Masa kerja di unit
- ✓ Lama bekerja dalam seminggu

b) Dimensi budaya keselamatan pasien di tingkat unit

c) Dimensi budaya keselamatan pasien di tingkat manajemen Rumah sakit

d) Outcome keselamatan pasien

e) Level keselamatan pasien

f) Jumlah pelaporan insiden

g) Analisis data

Analisis data dengan membandingkan hasil kuesioner dengan laporan data unit kerja terkait. Hasil analisis dibandingkan dengan data hasil survei tahun lalu.

h) kesimpulan dan saran

kesimpulan merupakan gambaran budaya keselamatan pasien di RSUD Dr M Zein Painan dan saran adalah tindak lanjut yang harus dilakukan sebagai upaya peningkatan budaya keselamatan Pasien.

BAB IV DOKUMENTASI

- a. Format ceklist mencegah risiko
- b. Format ceklit monitoring dan evaluasi sesuai dengan prosedur yang dikerjakan
- c. Format pengumpulan data.
- d. Format Monitoring Kepatuhan Staf terhadap Etik Rumah Sakit.
- e. Alur pelaporan Pelanggaran Kode Etik Rumah Sakit :



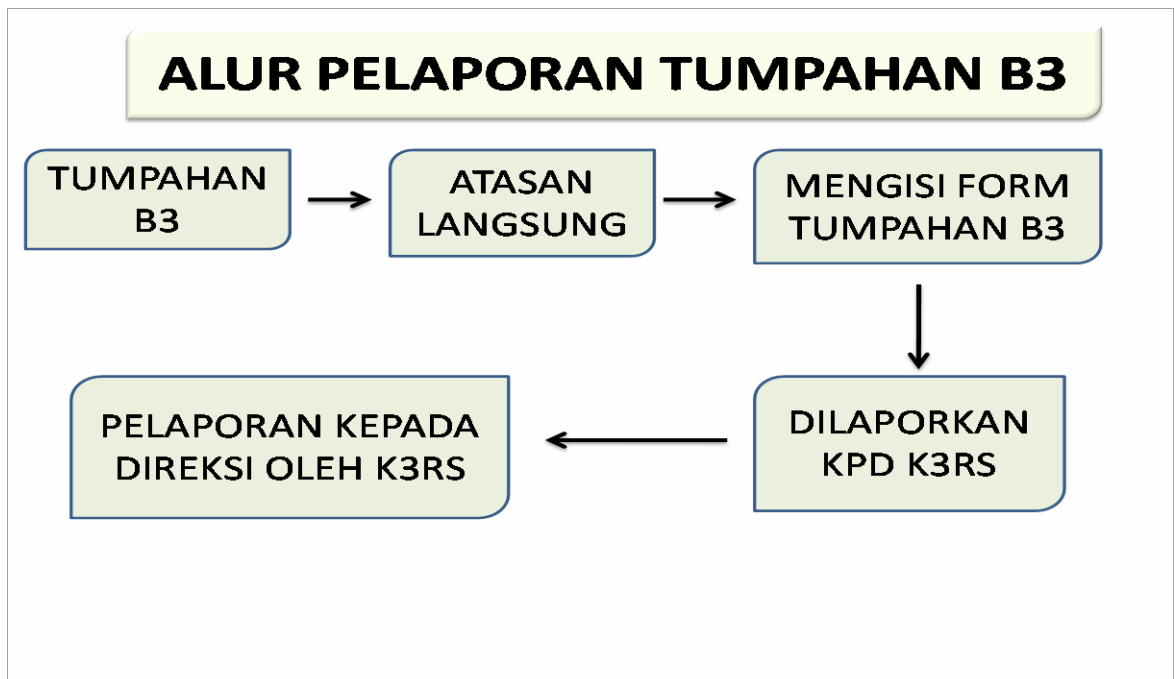
- f. Alur Pelaporan Pelanggran Dilema Etik :



g. Alur Kecelakaan Kerja :



h. Alur Pelaporan Tumpahan B3:



i. Kuesioner Survei Budaya Keselamatan.

j. Kuesioner Survei Budaya Keselamatan Pasien



Kuisisioner Survey Budaya Keselamatan RSUD Dr. Muhammad Zein Painan

LATAR BELAKANG RESPONDEN

Jenis kelamin:

- a. Laki-laki
- b. Perempuan

Lama bekerja pada posisi/profesi saat ini:

- a. Kurang dari 1 tahun
- b. 1-5 tahun
- c. Lebih dari tahun

Posisi/profesi pekerjaan saat ini:

- a. dokter
- b. perawat
- c. apoteker
- d. ahli gizi
- e. administrasi
- f. lain-lain: sebutkan.....

Pilih jawaban sesuai dengan skala (berikan tanda \surd) :

| No | Pernyataan | Sangat Tidak Setuju | Tidak setuju | Netral | Setuju | Sangat Setuju | Tidak dapat diterapkan |
|----|---|---------------------|--------------|--------|--------|---------------|------------------------|
| 1 | Perbedaan pendapat di unit ini diselesaikan dengan baik (bukan siapa yang benar, tapi apa yang terbaik) | | | | | | |
| 2 | Kami sangat mudah untuk bertanya jika ada yang tidak Dimengerti | | | | | | |
| 3 | Saya menerima umpan balik yang tepat terhadap kinerja Saya | | | | | | |
| 4 | Sangat sulit mendiskusikan tentang kesalahan pada unit saya | | | | | | |
| 5 | Budaya pada unit ini membuat mudah untuk belajar dari kesalahan orang lain | | | | | | |
| 6 | Saya menyukai pekerjaan | | | | | | |

| | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|
| | Saya | | | | | | |
| 7 | Bekerja disini seperti menjadi bagian dari sebuah keluarga Besar | | | | | | |
| 8 | Disini adalah tempat yang baik untuk bekerja | | | | | | |
| 9 | Saya bangga bekerja di sini | | | | | | |
| 10 | Semangat kerja di unit ini tinggi | | | | | | |
| 11 | Manajemen mendukung usaha yang saya lakukan | | | | | | |
| 12 | Manajemen melakukan tugasnya dengan baik | | | | | | |



KUESIONER SURVEI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN
RSUD Dr. MUHAMMAD ZEIN PAINAN

INSTRUKSI

Survei ini dilakukan untuk mengetahui persepsi Bapak/Ibu mengenai budaya *patient safety*, *medical error* dan pelaporan insiden di RSUD Dr. Muhammad Zein Painan.

Isilah kuesioner ini sesuai keadaan/suasana kerja di ruangan Bapak/Ibu

Insiden : semua "error" dan penyimpangan baik yang menyebabkan cedera ataupun yang tidak menyebabkan cedera pada pasien

Keselamatan Pasien : mencegah Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) atau Kejadian Nyaris Cedera (KNC) pada pasien saat proses pelayanan.

Bagian A: Unit Kerja Bapak/Ibu

Bapak/Ibu bekerja di ruangan.....

Instalasi.....

Mohon dicentang (✓) pernyataan-pernyataan dibawah ini dengan isi yang sesuai pendapat Bapak/Ibu

| No. | Pernyataan | Sangat tidak setuju | Tidak setuju | Kadang kadang | Setuju | Sangat setuju |
|-----|---|---------------------|--------------|---------------|--------|---------------|
| 1 | Kami sesama staf di ruangan ini saling mendukung | | | | | |
| 2 | Kami memiliki jumlah staf yang cukup untuk menangani beban kerja yang Berat | | | | | |
| 3 | Jika banyak pekerjaan yang harus diselesaikan dengan cepat, kami bekerja sama menyelesaikannya | | | | | |
| 4 | Saya merasa setiap orang di ruangan ini saling menghargai | | | | | |
| 5 | Petugas di ruangan ini bekerja sampai lembur untuk melayani pasien | | | | | |
| 6 | Dalam ruangan ini kami aktif melakukan kegiatan untuk meningkatkan keselamatan pasien (sosialisasi, diskusi, dll) | | | | | |
| 7 | Kami sering menggunakan tenaga cadangan/on call untuk kegiatan di ruangan | | | | | |
| 8 | Karyawan di ruangan kami sering merasa bahwa kesalahan yang dilakukan digunakan untuk menyalahkan mereka | | | | | |
| 9 | Di ruangan kami, kesalahan yang terjadi digunakan untuk membuat perubahan kearah yang positif | | | | | |
| 10 | Merupakan keberuntungan bila insiden yang lebih serius tidak terjadi di ruangan kami | | | | | |
| 11 | Bila di ruangan kami sibuk, maka ruangan lain dari instalasi kami akan Membantu | | | | | |
| 12 | Bila ruangan kami melaporkan suatu | | | | | |

| No. | Pernyataan | Sangat tidak setuju | Tidak setuju | Kadang kadang | Setuju | Sangat setuju |
|-----|--|---------------------|--------------|---------------|--------|---------------|
| | insiden, yang dibicarakan adalah pelakunya bukan masalahnya | | | | | |
| 13 | Untuk meningkatkan keselamatan pasien, kami melakukan evaluasi terhadap perubahan-perubahan/perbaikan-perbaikan yang dilakukan | | | | | |
| 14 | Kami bekerja seolah-olah dalam keadaan "krisis", mencoba/berusaha berbuat banyak dengan cepat | | | | | |
| 15 | Ruangan kami tidak pernah mengorbankan keselamatan pasien untuk menyelesaikan tugas lebih | | | | | |
| 16 | Karyawan merasa khawatir kesalahan yang mereka buat akan dicatat di penilaian kinerja mereka | | | | | |
| 17 | Di ruangan kami banyak masalah keselamatan pasien | | | | | |
| 18 | Prosedur dan sistem di ruangan kami sudah baik dalam mencegah insiden/error | | | | | |

**BAGIAN B
MANAJER/SUPERVISOR/ KEPALA INSTALASI ANDA**

| No | Aspek yang ditanyakan | Sangat tidak setuju | Tidak setuju | Kadang kadang | Setuju | Sangat setuju |
|----|--|---------------------|--------------|---------------|--------|---------------|
| 1 | Pimpinan di ruangan kami memberi pujian jika melihat pekerjaan diselesaikan sesuai prosedur keselamatan pasien | | | | | |
| 2 | Pimpinan dengan serius mempertimbangkan masukan staf untuk meningkatkan keselamatan Pasien | | | | | |
| 3 | Bila beban kerja tinggi, pimpinan kami meminta kami bekerja cepat meski dengan mengambil jalan pintas | | | | | |
| 4 | Pimpinan kami selalu membesar-besarkan masalah keselamatan pasien yang terjadi di ruangan | | | | | |

**BAGIAN C
KOMUNIKASI**

| No | Aspek yang ditanyakan | Tidak pernah | Jarang sekali | Kadang kadang | Sering | Selalu |
|----|--|--------------|---------------|---------------|--------|--------|
| 1 | Karyawan di ruangan kami mendapat umpan balik mengenai perubahan yang dilaksanakan berdasarkan laporan insiden | | | | | |
| 2 | Karyawan di ruangan kami bebas berbicara jika melihat sesuatu yang dapat berdampak negatif pada pelayanan pasien | | | | | |
| 3 | Karyawan di ruangan kami mendapat informasi mengenai insiden yang terjadi di ruangan | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|
| 4 | Karyawan di ruangan kami dapat mempertanyakan keputusan atau tindakan yang diambil oleh atasannya | | | | | |
| 5 | Di ruangan kami, didiskusikan cara mencegah agar insiden tidak terulang kembali | | | | | |
| 6 | Karyawan di ruangan kami takut bertanya jika terjadi hal yang tidak benar | | | | | |

**BAGIAN D
FREKUENSI PELAPORAN INSIDEN**

| No | Aspek yang ditanyakan | Tidak pernah | Jarang sekali | Kadang kadang | Sering | Selalu |
|----|---|--------------|---------------|---------------|--------|--------|
| 1 | Bila terjadi kesalahan, tetapi sempat <u>diketahui dan dikoreksi sebelum berdampak pada pasien</u> , seberapa sering hal ini dilaporkan? (mitigasi) | | | | | |
| 2 | Bila terjadi kesalahan, tetapi <u>berpotensi mencelakai pasien</u> , seberapa sering hal ini dilaporkan? (cegah) | | | | | |
| 3 | Bila terjadi kesalahan, dan harusnya <u>mencederai pasien</u> tetapi ternyata tidak terjadi cedera, seberapa sering hal ini dilaporkan? (untung) | | | | | |

**BAGIAN E
LEVEL KESELAMATAN PASIEN**

Pilih level Keselamatan pasien pada unit anda

a. Sempurna b. Baik c. Bisa diterima d. Sedang e. Buruk

**BAGIAN F
RSUD Dr Muhammad Zein Painan**

| No | Aspek yang ditanyakan | Sangat Tidak Setuju | Tidak Setuju | Kadang kadang | Setuju | Sangat Setuju |
|----|---|---------------------|--------------|---------------|--------|---------------|
| 1 | Manajemen rumah sakit membuat suasana kerja yang mendukung keselamatan pasien | | | | | |
| 2 | Di RS, ruangan satu dengan ruangan yang lain tidak berkoordinasi dengan baik | | | | | |
| 3 | Bila terjadi pemindahan pasien dari ruangan satu ke ruangan lain, pasti menimbulkan masalah terkait dengan informasi pasien | | | | | |
| 4 | Terdapat kerjasama yang baik antar ruangan di RS untuk menyelesaikan pekerjaan bersama | | | | | |
| 5 | Informasi penting mengenai pelayanan pasien sering hilang saat pergantian Jaga | | | | | |
| 6 | Sering sangat tidak menyenangkan bekerja dengan staf di ruangan lain di RS ini | | | | | |
| 7 | Masalah selalu timbul dalam pertukaran informasi antar ruangan di | | | | | |

| | | | | | | |
|----|---|--|--|--|--|--|
| | RS | | | | | |
| 8 | Tindakan manajemen RS menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama | | | | | |
| 9 | Manajemen RS hanya tertarik pada keselamatan pasien hanya bila terjadi KTD (Kejadian yang Tidak diharapkan) | | | | | |
| 10 | Ruangan-ruangan di RS bekerjasama dengan baik untuk memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasien | | | | | |
| 11 | Pergantian <i>shift</i> merupakan masalah untuk pasien | | | | | |

BAGIAN G

Dalam 12 bulan terakhir jumlah pelaporan Insiden Keselamatan Pasien yang telah anda lakukan:

- a. Tidak ada
- b. 6-10 laporan
- c. 1-2 laporan
- d. 11-20 laporan
- e. 3-5 laporan
- f. 21 atau lebih laporan

BAGIAN H

LATAR BELAKANG

1. Berapa lama anda bekerja di RS ini?
 - g. kurang dari 1 tahun
 - h. 11-15 tahun
 - i. 1-5 tahun
 - j. 16-20 tahun
 - k. 6-10 tahun
 - l. 21 tahun atau lebih
2. Berapa lama anda bekerja di unit ini?
 - m. kurang dari 1 tahun
 - n. 11-15 tahun
 - o. 1-5 tahun
 - p. 16-20 tahun
 - q. 6-10 tahun
 - r. 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 jam atau lebih seminggu
4. Apa profesi anda di RS ini? (lingkari jawaban yang sesuai)
 - a. Dokter
 - b. Fisioterafis
 - c. Perawat
 - d. Analis laboratorium
 - e. Apoteker
 - f. Sanitarian
 - g. Asisten apoteker
 - h. Tekhnisi
 - i. Ahli gizi
 - j. Radiografer
 - k. Administrasi
 - l. Satpam
 - m. Lain-lain, sebutkan.....
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
 - d. 11-15 tahun

