Kementerian Kesehatan
Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan
Jalan H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kavling 4-9
Jakarta Selatan 12950
(021) 5201590 (hunting)
https://www.yankes.kemkes.go.id

KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
NOMOR HK.02.02/D/43463/2024
TENTANG
PEDOMAN SURVEI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

Menimbang : a. bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai karakteristik dan organisasi yang berbeda-beda sesuai dengan jenis pelayanan, sarana, prasarana, peralatan, dan sumber daya manusia yang dimilikinya serta aspek pembiayaan;

b. bahwa dalam rangka peningkatan mutu pelayanan, dan memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan, dan sumber daya manusia di fasilitas pelayanan kesehatan, maka dibutuhkan penyelenggaraan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan, salah satunya melalui survei budaya keselamatan pasien;

c. bahwa dalam upaya memberikan pemahaman pelaksanaan survei budaya keselamatan pasien kepada seluruh *stakeholders* terkait agar pelaksanaannya dapat berjalan dengan baik, efektif, efisien, transparan, dan akuntabel dibutuhkan kebijakan survei budaya keselamatan pasien

d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c perlu menetapkan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan tentang Pedoman Survei Budaya Keselamatan Pasien;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

2. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
3. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Repubik Indonesia Tahun 2021 Nomor 83);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien di Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 308);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156)

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN TENTANG PEDOMAN SURVEI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN.

KESATU : Menetapkan Pedoman Survei Budaya Keselamatan Pasien sebagaimana tercantum dalam lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Direktur Jenderal ini.

KEDUA : Pedoman Survei Budaya Keselamatan Pasien sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU digunakan sebagai acuan bagi fasilitas pelayanan kesehatan untuk mengetahui sampai

sejauh mana budaya keselamatan pasien terbangun di fasilitas pelayanan kesehatan tersebut.

KETIGA : Menteri melalui Direktur Jenderal, Dinas Kesehatan Daerah Provinsi, dan Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Pedoman Survei Budaya Keselamatan Pasien berdasarkan kewenangan masing-masing sesuai dengan Ketentuan Peraturan Perundang-undangan.

KEEMPAT : Keputusan Direktur Jenderal ini mulai berlaku pada tanggal di tetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 9 Juli 2024

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

AZHAR JAYA

LAMPIRAN
KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL
PELAYANAN KESEHATAN
NOMOR
TENTANG
PEDOMAN SURVEI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

PEDOMAN SURVEI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Fasilitas Pelayanan kesehatan merupakan institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna, baik Pelayanan Kesehatan kepada perseorangan ataupun masyarakat dengan pendekatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif. Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan, Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan menyatakan bahwa setiap Fasilitas Pelayanan Kesehatan wajib melakukan peningkatan mutu pelayanan kesehatan secara internal (*Internal Continuous Quality Improvement*) dan ekternal (*External Continuous Quality Improvement*) terus menerus dan berkesinambungan. Peningkatan Mutu Internal (*Internal Continuous Quality Improvement*) dilakukan fasilitas pelayanan kesehatan melalui upaya peningkatan mutu secara berkala.

Budaya keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan merupakan suatu lingkungan kolaboratif di mana para pemberi layanan saling menghargai satu sama lain, para pimpinan mendorong kerja sama tim yang efektif, dan menciptakan rasa aman secara psikologis, anggota tim dapat belajar dari insiden keselamatan pasien, para pemberi layanan menyadari bahwa ada keterbatasan manusia yang bekerja dalam suatu

sistem yang kompleks, dan terdapat suatu proses pembelajaran serta upaya untuk mendorong perbaikan. Budaya keselamatan pasien juga merupakan hasil dari nilai-nilai, sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku individu maupun kelompok yang menentukan komitmen terhadap, serta kemampuan mengelola pelayanan kesehatan maupun keselamatan. Keselamatan dan mutu berkembang dalam suatu lingkungan yang membutuhkan kerja sama dan rasa hormat satu sama lain, tanpa memandang jabatannya. Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan menunjukkan komitmennya mendorong terciptanya budaya yang tidak mengintimidasi dan/atau memengaruhi staf dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan menetapkan program budaya keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan yang mencakup:

1. Perilaku memberikan pelayanan yang aman secara konsisten untuk mencegah terjadinya kesalahan di layanan kesehatan terutama pada populasi dan pelayanan berisiko tinggi.
2. Perilaku individu yang dapat melaporkan kesalahan dan insiden tanpa takut dikenakan konsekuensi, teguran, dan sanksi yang tidak sesuai atau diperlakuan secara adil (*just culture).*
3. Kerja sama tim dan koordinasi untuk menyelesaikan masalah keselamatan pasien.
4. Komitmen pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan dalam mendukung staf seperti waktu kerja para staf, pendidikan, metode yang aman untuk melaporkan masalah, mengukur budaya keselamatan pasien, dan hal lainnya untuk mencegah serta menyelesaikan masalah keselamatan pasien.
5. Identifikasi dan mengenali masalah akibat perilaku yang tidak diinginkan (perilaku sembrono).
6. Evaluasi budaya secara berkala dengan metode seperti kelompok diskusi terfokus (FGD), wawancara dengan staf, dan analisis data.
7. Mendorong kerja sama dan membangun sistem dalam mengembangkan budaya perilaku yang aman.
8. Menanggapi perilaku yang tidak diinginkan pada semua staf di

semua jenjang fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis dan nonklinis, dokter praktisi mandiri, dan representasi pemilik.

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

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

1. Komunikasi yang kurang baik antara pasien dan staf.
2. Perlu pengambilan keputusan secara cepat.
3. Kekurangan staf dalam pelayanan pasien.

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

1. Tidak mau melakukan kebersihan tangan.
2. Tidak mau melakukan *time-out* (jeda) sebelum operasi.
3. Tidak mau memberi tanda pada lokasi pembedahan.

Fasilitas pelayanan kesehatan harus meminta pertanggungjawaban perilaku yang tidak diinginkan (perilaku sembrono) dan tidak menoleransinya. Pertanggungjawaban dibedakan atas:

1. Kesalahan manusia (*human error*) adalah tindakan yang tidak disengaja yaitu melakukan kegiatan tidak sesuai dengan apa yang seharusnya dilakukan.

2. Perilaku berisiko (*risk behaviour*) adalah perilaku yang dapat meningkatkan risiko (misalnya, mengambil langkah pada suatu proses layanan tanpa berkonsultasi dengan atasan atau tim kerja lainnya yang dapat menimbulkan risiko).
3. Perilaku sembrono (*reckless behavior*) adalah perilaku yang secara sengaja mengabaikan risiko yang substansial dan tidak dapat dibenarkan.

B. Pengertian

1. Keselamatan Pasien adalah suatu kerangka kerja yang berupa kegiatan terorganisir untuk membangun budaya, proses, prosedur, perilaku, teknologi, dan lingkungan dalam pelayanan kesehatan secara konsisten dan berkelanjutan yang bertujuan untuk menurunkan risiko, mengurangi bahaya yang dapat dihindari, menghindari kemungkinan terjadinya kesalahan, serta mengurangi dampak ketika terjadi insiden pada pasien.
2. Budaya keselamatan adalah budaya yang dapat menciptakan lingkungan yang kolaboratif, saling menghargai, menyelesaikan masalah sebagai tim, melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga, mempromosikan kesejahteraan secara psikologis, menyadari keterbatasan manusiawi yang memungkinkan seseorang melakukan kesalahan dan kejadian nyaris cedera, bagian yang terpenting dan harus nyata adalah kesempatan belajar darinya.
3. Budaya Keselamatan Pasien adalah pola perilaku individu dan organisasi yang secara terus menerus mencari berbagai upaya untuk mengurangi kerugian/cedera pada pasien akibat proses layanan yang diberikan, berdasarkan keyakinan dan nilai bersama.
4. Insiden keselamatan pasien merupakan setiap kejadian yang berhubungan dengan pemberian asuhan kepada pasien (*Care management Problem-CMP*) atau tidak berhubungan secara langsung dengan pemberian asuhan, seperti lingkungan di fasilitas pelayanan kesehatan *(services delivery problem-SDP)* yang berpotensi mengakibatkan bahaya atau cedera pada pasien

5. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
6. Pemerintah Pusat adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia yang dibantu oleh Wakil Presiden dan menteri sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945
7. Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai unsur penyelenggara pemerintahan daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom
8. Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan yang selanjutnya disebut Direktur Jenderal adalah pejabat tinggi madya di lingkungan Kementerian Kesehatan yang mempunyai tugas menyelenggarakan perumusan dan pelaksanaan kebijakan di bidang pelayanan kesehatan
9. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan.

C. Tujuan

Pedoman survei budaya keselamatan pasien ini bertujuan untuk:

1. Menjadi acuan dalam pembentukan suatu budaya yang terbuka, adil dan pantas, menciptakan suatu budaya belajar, merancang sistem yang aman, dan mengelola perilaku yang terpilih (*human error, at risk behavior dan reckless behavior),* dan melihat peristiwa-peristiwa bukan sebagai hal yang perlu diperbaiki, tetapi sebagai peluang untuk memperbaiki pemahaman baik terhadap risiko dari sistem maupun risiko perilaku.
2. Mendorong agar dapat terbentuk kerja sama untuk membuat struktur, proses, dan program yang memberikan jalan bagi perkembangan budaya positif

D. Sasaran

Pedoman survei budaya keselamatan pasien ini dapat digunakan sebagai acuan untuk pimpinan (representasi pemilik, pengawas, kepala fasilitas pelayanan kesehatan (Kepala Puskesmas/ Direktur, manajer, kepala unit kerja) dan staf fasilitas pelayanan kesehatan, organisasi profesi, organisasi fasilitas pelayanan kesehatan, organisasi yang bergerak di bidang mutu dan keselamatan pasien, dinas kesehatan, dan Kementerian Kesehatan. Mengacu pedoman survei budaya keselamatan pasien, pimpinan dan staf fasilitas pelayanan kesehatan diharapkan dapat:

1. menyadari bahwa kegiatan operasional fasilitas pelayanan kesehatan berisiko tinggi dan bertekad untuk melaksanakan tugas dengan konsisten dan aman
2. mengembangkan regulasi dan lingkungan kerja yang mendorong agar staf tidak takut mendapat hukuman bila membuat laporan tentang kejadian tidak diharapkan dan kejadian nyaris cedera
3. mendorong tim keselamatan pasien melaporkan insiden keselamatan pasien ke tingkat nasional sesuai peraturan perundang-undangan
4. mendorong kolaborasi antar staf klinis, staf non klinis, dengan pimpinan untuk mencari penyelesaian masalah keselamatan pasien.
5. membangun komitmen organisasi menyediakan sumber daya, seperti staf, pelatihan, metode pelaporan yang aman, dan sebagainya untuk menangani masalah keselamatan
6. mendorong praktik layanan yang berorientasi pada pengalaman pasien (menerapkan prinsip *patient centered care* dan *patient experience*)

Untuk mencapai tujuan dan harapan tersebut, maka target pelaksanaan survei budaya keselamatan pasien perlu melibatkan seluas mungkin subjek penyelenggara layanan atau petugas di fasilitas pelayanan kesehatan yaitu tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan profesi tenaga kesehatan lain), staf administrasi, staf penunjang, tenaga alih daya, dan peserta didik.

E. Teknis Penggunaan

Pedoman ini merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari regulasi terkait keselamatan pasien yang saat ini berlaku. Sesuai fungsinya, pedoman diharapkan dapat meningkatkan pemahaman tentang:

1. pengertian budaya keselamatan pasien – Bab II
2. langkah-langkah pengembangan budaya keselamatan pasien – Bab II dan IV
3. hubungan antara budaya keselamatan pasien dan mutu pelayanan (termasuk elemen-elemen dalam standar akreditasi) – Bab II
4. dimensi-dimensi penilaian budaya keselamatan pasien – Bab III
5. penilaian budaya keselamatan pasien apa, siapa, kapan, di mana, dan bagaimana – Bab III
6. tahapan persiapan dan pelaksanaan survei budaya keselamatan pasien – Bab III
7. pengingat agar proses pengumpulan data dapat berlangsung dengan baik – Bab III
8. cara melakukan analisis dan penyusunan laporan survei budaya keselamatan pasien – Bab III
9. pembagian peran pengembangan budaya keselamatan pasien yang melibatkan semua *stakeholders* dari pimpinan tertinggi sampai pelaksana – Bab IV
10. peran kementerian, dinas kesehatan, dan organisasi profesi terkait dalam fungsi pemantauan dan evaluasi – Bab V

BAB II

BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

BUDAYA KESELAMATAN

Budaya Keselamatan – lingkungan yang kolaboratif, saling menghargai, menyelesaikan masalah sebagai tim, melibatkan dan memberdayakan pasien dan keluarga, mempromosikan kesejahteraan secara psikologis, menyadari keterbatasan manusiawi yang memungkinkan seseorang melakukan kesalahan dan kejadian nyaris cedera, bagian yang terpenting dan harus nyata adalah kesempatan belajar darinya. Berdasarkan uraian di atas, nyata bahwa budaya keselamatan berhubungan dengan keselamatan pasien, keselamatan staf, keselamatan terkait infrastruktur, dan perilaku yang aman (tidak aman, berisiko terhadap keselamatan bersama).

Menciptakan budaya keselamatan di lingkungan kerja berarti bahwa semua staf harus disertakan dalam program keselamatan, diberi pelatihan, dan alat untuk mengenali praktik keselamatan yang baik dan kurang baik, merasa nyaman mengadvokasi keselamatan mereka sendiri dan keselamatan orang lain di sekitar mereka. Staf harus merasa diberdayakan untuk meningkatkan keselamatan di area kerja mereka dan di seluruh area fasilitas pelayanan kesehatan.

Meningkatkan budaya keselamatan tidak dapat terjadi sekejap atau otomatis. Membangun budaya keselamatan merupakan sebuah perjalanan sehingga membutuhkan landasan yang kokoh, waktu, dan komitmen yang terus menerus. Program keselamatan yang efektif harus mencakup hal-hal berikut:

1. Semangat dan partisipasi dalam program.
2. Kesediaan untuk melaporkan masalah keselamatan dan kesehatan.
3. Pendidikan dan akses ke informasi keselamatan dan kesehatan.
4. Bebas dari rasa takut melaporkan.
5. Pemberdayaan untuk menjalankan tugas yang mereka rasa tidak aman.
6. Motivasi untuk berbagi cerita.

Salah satu kunci keberhasilan implementasi budaya keselamatan adalah untuk mencapai "budaya yang adil". Budaya ini bergantung pada cara pengelolaan saat kesalahan (*error*) terjadi. Menciptakan suasana aman, bahkan diberi penghargaan bagi mereka yang melaporkan, mereka yang berpartisipasi dalam upaya tindak lanjut untuk mencegah insiden yang sama terjadi kembali (*from zero to hero*), untuk memberikan informasi penting terkait keselamatan, jelas antara perilaku yang dapat dan tidak dapat diterima.

Budaya keselamatan dari sebuah organisasi merupakan hasil dari nilai (individual maupun kelompok), sikap, persepsi, kompetensi, dan pola perilaku yang mendasari komitmen serta kemahiran dalam manajemen terhadap kesehatan dan keselamatan di dalam organisasi tersebut. Organisasi yang memiliki budaya keselamatan yang positif memiliki ciri-ciri antara lain adanya komunikasi yang didasari oleh rasa saling percaya, persepsi yang sama mengenai pentingnya keselamatan, serta keyakinan untuk dapat melakukan berbagai tindakan pencegahan.

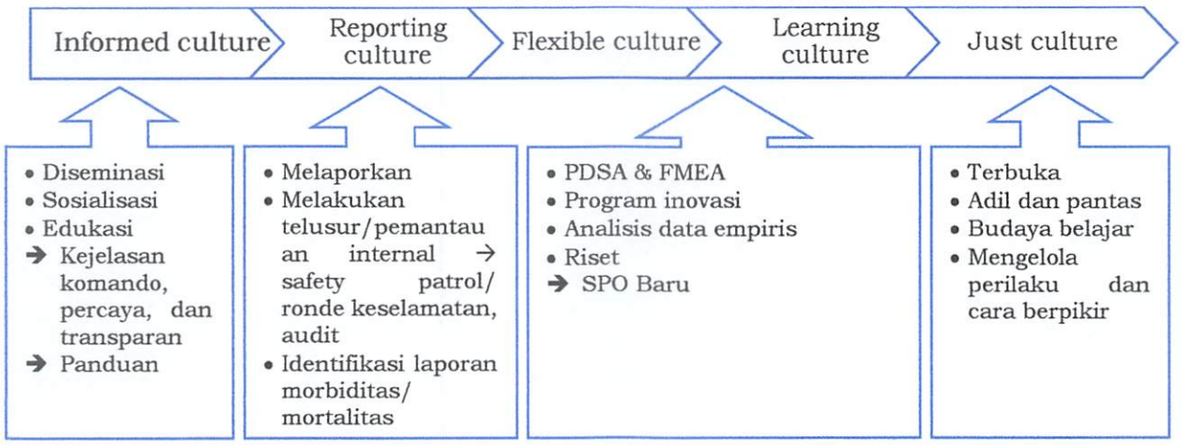
Budaya Keselamatan atau sering disebut sebagai *just culture* mengandung nilai-nilai keterbukaan, adil dan pantas, berbudaya belajar, dan mengelola perilaku berpikir. *Just culture* merupakan sebuah keluaran (*outcome*) dari sebuah proses yang terdiri atas:

1. *Informed culture* – budaya berbagi informasi. Aspek budaya ini merupakan bagian yang paling dasar, tetapi paling penting untuk menciptakan sebuah budaya keselamatan. Bagian ini sangat terkait dengan berbagai kegiatan diseminasi, sosialisasi, dan edukasi tentang regulasi, kebijakan, prosedur kerja yang berlaku di fasilitas kesehatan. Dalam proses penyampaian, tentu saja diperlukan rasa saling percaya, keterbukaan (transparansi), sistem komando yang jelas, disertai panduan-panduan yang dapat digunakan sebagai acuan oleh semua orang yang terlibat kapan saja.
2. *Reporting culture* – budaya melapor. Aspek budaya ini menuntut fasilitas kesehatan untuk mengembangkan sistem pelaporan yang di dalamnya juga berisikan budaya melaporkan yang bebas dari rasa kuatir dan takut akan konsekuensi dari pelaporan tersebut. Budaya melapor

membutuhkan waktu untuk diadaptasikan dan bukti-bukti bahwa pelaporan akan membawa kebaikan bagi individu, unit, maupun sistem secara keseluruhan. Oleh karenanya upaya proaktif untuk menemukan masalah tersebut misalnya melalui kegiatan telusur internal, *self-assessment*, *safety patrol*, ronde keselamatan, proses audit kematian, audit kasus kompleks, laporan jaga, dll.

3. *Flexible culture* – budaya yang fleksibel. Aspek ini akan menunjukkan pentingnya proses perubahan di tingkat individu maupun sistem. Perubahan ditujukan utamanya untuk memperbaiki sistem yang telah dikembangkan agar menjadi lebih baik. Berbagai model inovasi dapat muncul di fase pengembangan ini. Menghasilkan produk *re-design* berbasis PDSA/PDCA (*plan – do – study/check – act*) dan FMEA (*failure mode effect analysis*). Kedua model pendekatan tersebut membutuhkan data empiris (pengalaman) dari lapangan yang akan membantu pengembangan regulasi, kebijakan, dan prosedur yang lebih mampu laksana.
4. *Learning culture.* Mengingat semangat dari budaya keselamatan adalah pembelajaran berkelanjutan, maka aspek pengembangan budaya keselamatan ini merupakan bagian yang paling penting. Prosedur yang salah dalam proses pengembangan ini akan menimbulkan perasaan negatif terhadap budaya yang ada. Namun sebaliknya, bila proses pengembangan ini berlangsung dengan baik, akan menimbulkan budaya positif yang mendorong keselamatan pasien.
5. *Just culture* – tahap terakhir dari proses pengembangan budaya keselamatan

Uraian dan pengingat tentang bagian-bagian dalam proses pengembangan dapat dilihat dalam gambar berikut ini:



Gambar 1. Proses Pengembangan Budaya Keselamatan

BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Budaya keselamatan pasien adalah pola perilaku individu dan organisasi yang secara terus menerus mencari berbagai upaya untuk mengurangi kerugian/cedera pada pasien akibat proses layanan yang diberikan, berdasarkan keyakinan dan nilai bersama.

Pada Panduan penerapan Survey rumah sakit 2.0 dari *Agency For Healthcare Research and Quality (AHRQ)* disebutkan bahwa budaya keselamatan pasien merujuk kepada kepercayaan, nilai dan norma yang diyakini oleh praktisi layanan kesehatan dan seluruh staf di organisasi tersebut, yang keyakinan ini mempengaruhi tindakan dan perilaku.

Bila kita mendapati pertanyaan tentang seberapa baik budaya keselamatan pasien di tempat kita, berikut beberapa contoh yang dapat kita pikirkan:

Tidak melakukan kebersihan tangan dan menggunakan APD sesuai indikasi dan risiko pajanan saat kita melakukan pelayanan pada pasien di area berisiko tinggi infeksi

Apakah budaya keselamatan pasien dalam konteks tersebut di atas – baik?

Ketika saya diminta melakukan banyak tugas dalam satu waktu dan banyak hal dalam penugasan tersebut yang di luar batas kemampuan saya

Apakah budaya keselamatan pasien dalam konteks tersebut di atas – baik?

Kolaborasi multidisiplin yang tidak terselenggara saat melakukan manajemen kasus sulit dan kompleks

Apakah budaya keselamatan pasien dalam konteks tersebut di atas – baik?

Keluarga pasien anak menyampaikan bahwa terdapat perbedaan susu yang biasa diberikan kepada anaknya kepada perawat. Keluarga diminta percaya saja bahwa tenaga kesehatan tahu yang terbaik.

Apakah budaya keselamatan pasien dalam konteks tersebut di atas – baik?

Pasien di masa persalinan menyampaikan bahwa Ia merasa sangat kesakitan dan gerak bayinya tidak seaktif biasanya. Ia kuatir sekali terjadi sesuatu pada diri dan bayinya. Bidan mengatakan tenang saja karena hal itu biasa terjadi pada proses persalinan. Bidan tidak melakukan pemeriksaan.

Apakah budaya keselamatan pasien dalam konteks tersebut di atas – baik?

Gambaran situasional dan tingkat kualitas penerapan budaya keselamatan terkait 10 dimensi budaya keselamatan pasien dari *The Medical Errors Workgroup of the Quality Interagency Coordination Task Force* (QuIC) bekerjasama dengan *The Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* (AHRQ, 2019), yaitu:

Tabel 4. Pemahaman Dimensi Budaya Keselamatan Pasien

No	Dimensi	Isi Pemahaman Dimensi
1	Komunikasi tentang *error*	Staf diinformasikan ketika ada kesalahan yang terjadi
		Mendiskusikan cara untuk mencegah terjadinya kesalahan
		Staf juga diinformasikan ketika perubahan-perubahan dibuat.
2	Keterbukaan komunikasi	Staf berkesempatan untuk berpendapat/ menyampaikan sesuatu yang tidak aman terjadi.
		Staf merasa nyaman untuk mengajukan pertanyaan-pertanyaan.
3	Pergantian *shift* dan pertukaran informasi	Hal-hal terkait dengan keselamatan pasien disampaikan dengan baik antarunit di fasilitas

No	Dimensi	Isi Pemahaman Dimensi
		pelayanan kesehatan dan pada setiap pergantian shift kerja staf.
4	Dukungan manajemen fasilitas pelayanan kesehatan	Manajemen fasilitas pelayanan kesehatan menempatkan keselamatan pasien sebagai prioritas teratas dan menyediakan sumber daya yang cukup/memadai untuk keselamatan pasien.
5	Pembelajaran organisasi, perbaikan berkesinambungan	Proses kerja ditelaah secara reguler
		Setiap perubahan dibuat untuk menjaga agar kesalahan tidak terjadi kembali
		Setiap perubahan dievaluasi
6	Pelaporan kejadian keselamatan pasien	Setiap kejadian kesalahan yang terjadi dikategorikan dalam tipe kesalahan berikut: a. Kesalahan yang teridentifikasi dan dikoreksi sebelum terjadi mengenai pasien. b. Kesalahan yang mungkin dapat mencederai pasien tetapi belum terjadi.
7	Respons terhadap *error*	Staf diperlakukan adil ketika suatu kejadian kesalahan terjadi
		Disertai fokus dalam mengkaji/mempelajari kejadian kesalahan tersebut
		Staf pendukung dilibatkan dalam (penyelesaian) *error*
8	Pengaturan staf dan tempo kerja	Terdapat staf yang cukup untuk menangani *load* pekerjaan
		Staf bekerja sesuai waktu kerja dan tidak merasa diburu-buru (*rushed*)
9	Dukungan penyelia, manajer, atau tenaga medis untuk keselamatan pasien	Mempertimbangkan saran/masukan staf dalam pengembangan keselamatan pasien
		Tidak memotivasi/mendorong staf untuk mengambil jalan singkat
		Mengambil aksi/langkah-langkah yang berfokus pada keselamatan pasien.

No	Dimensi	Isi Pemahaman Dimensi
10	Kerja sama tim	Staf bekerja bersama-sama sebagai sebuah tim yang bekerja efektif, saling tolong-menolong di kala waktu sibuk dan saling menghargai satu sama lain.

Ada kebutuhan pembelajaran dari insiden yang dilaporkan dan dianalisis sehingga dapat mengambil tindakan yang tepat untuk mencegah terulangnya kejadian tersebut. Selain itu, penting bahwa bahkan kejadian yang tampaknya kecil pun diinvestigasi, untuk mencegah pemicu terjadinya KTD/ Sentinel di masa yang akan datang. Analisis dan investigasi adalah cara yang diperlukan dan efektif untuk meningkatkan keselamatan, dengan mempelajari pelajaran yang tepat dari kejadian keselamatan dan menerapkan tindakan pencegahan. Oleh karena itu penting bahwa suatu lingkungan ada di mana kejadian dilaporkan, proses yang diperlukan tersedia untuk penyelidikan dan untuk pengembangan tindakan pencegahan yang diperlukan seperti pelatihan ulang, peningkatan pengawasan, dll.

Pengembangan budaya keselamatan pasien membutuhkan aktivitas proaktif dari semua pihak sebagai sebuah upaya integratif dan sinergis. Berikut upaya yang dapat dilakukan oleh masing-masing pemilik proses bisnis di fasilitas pelayanan kesehatan.

<u>Pemilik atau Dewan Pengawas Fasilitas pelayanan kesehatan</u>

1. Menyetujui dan mengawasi pengurusan fasilitas pelayanan kesehatan agar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. Menyetujui penetapan visi, misi, dan nilai-nilai fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Menentukan arah kebijakan fasilitas pelayanan kesehatan.
4. Menyetujui dan mengawasi pelaksanaan rencana strategis.
5. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban pasien.
6. Mengawasi pelaksanaan program mutu dan keselamatan.
7. Mengawasi dan menjaga hak dan kewajiban fasilitas pelayanan kesehatan bagi pasien, keluarga, pengunjung, pihak ketiga, dan staf.

8. Mengawasi kepatuhan penerapan etika fasilitas pelayanan kesehatan, profesi, dan peraturan perundang-undangan.

Pimpinan atau Direktur Fasilitas pelayanan kesehatan

1. Mendapatkan pelatihan tentang budaya keselamatan pasien.
2. Merumuskan dan menjabarkan program keselamatan dalam rencana strategis fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Memiliki kebijakan dan prosedur keselamatan pasien yang berlaku di seluruh unit/ area kerja dan memungkinkan staf memahami prosedur tersebut.
4. Evaluasi secara teratur kebijakan keselamatan pasien.
5. Memotivasi manajer/ kepala unit untuk memiliki tujuan meningkatkan aspek keselamatan di area tanggung jawab manajer/ kepala unit.
6. Memotivasi staf untuk memiliki sikap ingin tahu tentang masalah keselamatan.
7. Menyampaikan kepada staf tentang komitmen fasilitas pelayanan kesehatan untuk membangun budaya keselamatan dan memastikan keselamatan pasien.
8. Evaluasi budaya keselamatan pasien secara berkala (misal: tahunan).

Manajer/ Kepala Unit di Fasilitas pelayanan kesehatan

1. Mendapatkan pelatihan tentang budaya keselamatan pasien.
2. Merumuskan dan menjabarkan program keselamatan dalam rencana strategis fasilitas pelayanan kesehatan.
3. Memiliki kebijakan dan prosedur keselamatan pasien yang berlaku di seluruh unit/area kerja dan memungkinkan staf memahami prosedur tersebut.
4. Evaluasi secara teratur kebijakan keselamatan pasien.
5. Memotivasi staf untuk memiliki sikap ingin tahu tentang masalah keselamatan.
6. Menyampaikan kepada staf tentang komitmen fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk unit kerja) untuk membangun budaya keselamatan dan memastikan keselamatan pasien.
7. Evaluasi budaya keselamatan pasien secara berkala (misal: tahunan).

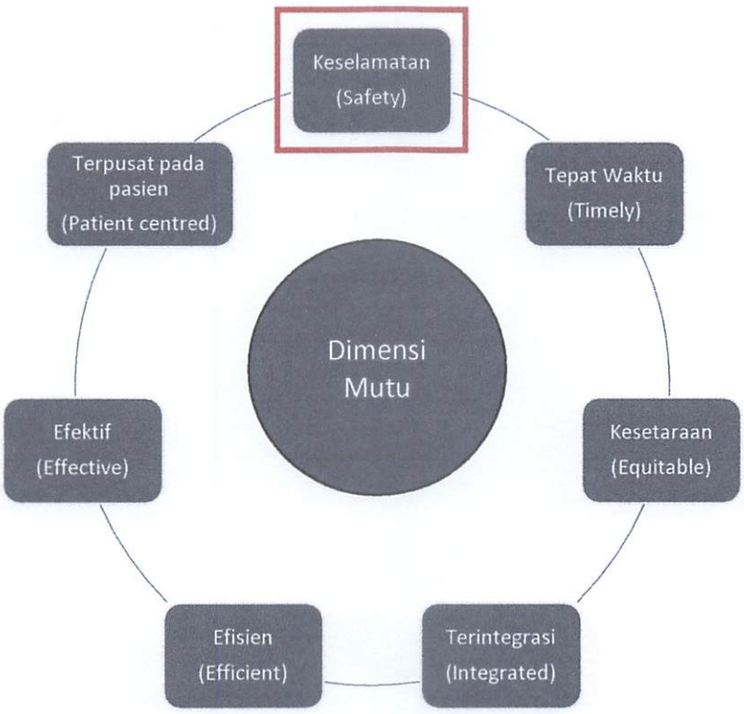
Staf di Fasilitas pelayanan kesehatan termasuk tenaga alih daya

1. Mendapatkan pelatihan formal tentang konsep dan praktik budaya keselamatan.
2. Staf dimotivasi untuk dapat melaporkan jika mereka menemukan insiden.
3. Staf dimotivasi untuk terlibat dalam perbaikan, mengantisipasi kejadian yang tidak diinginkan, memberantasnya jika memungkinkan, dan mengurangi dampaknya jika tidak dapat dicegah.
4. Staf dapat melaporkan laporan insiden tanpa takut disalahkan sehingga memberikan kesempatan untuk belajar proses perbaikan.
5. Keterlibatan staf dalam peningkatan keselamatan, baik sebagai individu atau sebagai anggota tim peningkatan keselamatan, komite keselamatan, atau peserta dalam pertemuan keselamatan mendapatkan apresiasi yang dapat bersifat formal atau informal.

Pelaksanaan survei budaya keselamatan pasien merupakan instrumen untuk mempelajari capaian dari upaya pengembangan yang kita lakukan. Survei yang diselenggarakan pertahun (menurut standar akreditasi) diharapkan juga dapat menunjukkan seberapa baik hasil komitmen, kompetensi, dan konsistensi fasilitas pelayanan kesehatan.

HUBUNGAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN DENGAN PENGELOLAAN MUTU

Keselamatan merupakan salah satu dari tujuh dimensi mutu menurut WHO. Gambaran dimensi-dimensi tersebut dapat dilihat dalam gambar berikut:



Gambar 2. Dimensi Mutu Menurut WHO

Hal tersebut menunjukkan bahwa keselamatan memang merupakan bagian yang tak terpisahkan dari mutu. Hubungan tersebut dapat dijelaskan dengan beberapa situasi berikut:

- Budaya keselamatan pasien yang baik, dicerminkan dalam bentuk sikap dan persepsi yang positif terhadap budaya keselamatan pasien menurut riset akan menghasilkan luaran rawatan pasien yang lebih baik (indikator mutu baik, insiden kurang).
- Luaran yang baik, harapannya juga menghasilkan pengalaman dan tingkat kepuasan pasien yang lebih baik. Pengalaman dan tingkat kepuasan pasien sangat dipengaruhi oleh persepsi pasien terhadap layanan. Riset (Alabdaly A, et al., 2021; Anita, 2022; Najjar S, 2015; Gupta, 2019; Ghahramanian A, 2017) menyatakan bahwa persepsi pasien sangat dipengaruhi oleh sikap dan perilaku terutama cara berkomunikasi para tenaga kesehatan. Komunikasi tenaga kesehatan yang dimaksud adalah komunikasi yang mampu menunjukkan empati, memberikan penentraman, perasaan dapat diandalkan, responsif, dan melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan (*shared decision making*).

- Riset lain (Farokhzadian et al., 2018) juga menunjukkan bahwa pengembangan budaya keselamatan merupakan sebuah perjalanan panjang pemenuhan infrastruktur, kapasitas kepemimpinan, pemenuhan standar nasional maupun internasional, dan partisipasi tim.

Tabel berikut akan membantu untuk melihat hubungan pengembangan budaya keselamatan dengan pemenuhan-pemenuhan yang perlu dilakukan, dan standar akreditasi yang mengatur tentang pemenuhan elemen-elemen tersebut. Pemenuhan kebutuhan tersebut bersifat kontinyu, diharapkan konsisten, dan berkesinambungan. Oleh karenanya perlu dilakukan evaluasi secara berkala, baik melalui pemenuhan standar akreditasi, audit Kementerian/Dinas Kesehatan, proses perizinan fasilitas kesehatan, dan survei budaya keselamatan. Uraian mengenai survei budaya keselamatan pasien akan disampaikan dalam bab-bab berikut.

Tabel 1. Hubungan Dimensi Keselamatan Pasien dan Standar Akreditasi

NO.	PEMENUHAN YANG DIBUTUHKAN	STANDAR AKREDITASI KLINIK*	STANDAR AKREDITASI PUSKESMAS**	STANDAR AKREDITASI LABORATORIUM KESEHATAN***	STANDAR AKREDITASI UNIT TRANSFUSI DARAH****	STANDAR AKREDITASI RUMAH SAKIT*****
A.	**Pemenuhan infrastruktur organisasi**					
A.1	Pengelolaan sumber daya baik yang berupa uang, alat, maupun sumber daya manusia	TKK	KMP	TKK, KKS, dan MFK	TKK, KKS, dan MFK	TKRS, KPS, MFK, PAP, dan KE
A.2	Kompetensi dan pemberdayaan staf yang memunculkan kreativitas (percaya diri) dan kompetensi moral (keinginan untuk berubah)			TKK, KKS, dan PM	TKK, KKS, MFK, dan PD	TKRS dan KPS
A.3	Kondisi dan lingkungan kerja yang aman dari perspektif waktu, tugas, jenis dan situasi pekerjaan, beban tugas, dan media komunikasi			TKK, MI, KKS, MFK, dan PM	TKK, KKS, MFK, PD, dan PMKP	TKRS, KPS, dan AKP
B.	**Efektivitas kepemimpinan**					
B.1	Komitmen pimpinan untuk mengupayakan terbentuknya budaya keselamatan yang dilakukan melalui penyusunan kebijakan, proses supervisi, pola kepemimpinan,	PMKP	KMP	TKK	TKK, KKS, dan PMKP	TKRS, KPS, dan PMKP

NO.	PEMENUHAN YANG DIBUTUHKAN	STANDAR AKREDITASI KLINIK*	STANDAR AKREDITASI PUSKESMAS**	STANDAR AKREDITASI LABORATORIUM KESEHATAN***	STANDAR AKREDITASI UNIT TRANSFUSI DARAH****	STANDAR AKREDITASI RUMAH SAKIT*****
	penyediaan sumber daya, memberikan penghargaan, dan menunjukkan peran sebagai *role model* yang berintegritas.					
B.2	Penyediaan dukungan psikososial, ahli untuk menunjang kerja, dunia kerja yang bebas dari diskriminasi, agresivitas, kekerasan, dan perlakuan adil saat terlibat "error"	Tidak ada		Tidak ada	Tidak ada	TKRS, KPS, PAP, dan KE
B.3	Pengambilan keputusan dengan melibatkan staf (terutama di garda terdepan – pelaksana dari keputusan atau kebijakan) serta melakukan audit/ronde untuk mengkaji efektivitas keputusan dan kebijakan yang disusun	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	TKK dan PMKP	TKRS dan PMKP
C.	**Pemenuhan standar**					
C.1	Pemenuhan standar klinis – pengetahuan, kultur organisasi, ketersediaan sumber daya, beban kerja sesuai, waktu kerja yang memadai,	TKK dan PKP	PMP	TKK dan KKS	TKK dan KKS	TKRS, KPS, dan PMKP

NO.	PEMENUHAN YANG DIBUTUHKAN	STANDAR AKREDITASI KLINIK*	STANDAR AKREDITASI PUSKESMAS**	STANDAR AKREDITASI LABORATORIUM KESEHATAN***	STANDAR AKREDITASI UNIT TRANSFUSI DARAH****	STANDAR AKREDITASI RUMAH SAKIT*****
	kerjasama tim → yang mendorong pada pengembangan budaya positif					
C.2	Keinginan untuk berubah, budaya tidak menyalahkan/ menghukum sehingga bebas dari rasa takut atau defensif	PMKP	Tidak ada	Tidak ada	TKK	
C.3	Umpan balik, edukasi, dan pembelajaran dari yang terjadi selalu dilakukan sehingga staf tidak kehilangan motivasi, terlatih, diberikan waktu yang memadai untuk bekerja, dan beban kerja yang tinggi		Tidak ada	Tidak ada	TKK	
C.4	Kultur pencegahan (protektif) – berpikir risiko, misalnya melalui pembuatan FMEA dilakukan.		PMP	TKK	TKK dan PMKP	
D.	**Persepsi terhadap nilai-nilai partisipasi tim**					
D.1	Kejelasan peran dan tanggung jawab	TKK	PMP	TKK dan KKS	TKK, KKS, dan MI	TKRS dan KPS
D.2	Kesenjangan dalam koordinasi tim – termasuk saat melakukan *root cause analysis*	PMKP		Tidak ada	PMKP	TKRS, KPS, dan PMKP

NO.	PEMENUHAN YANG DIBUTUHKAN	STANDAR AKREDITASI KLINIK*	STANDAR AKREDITASI PUSKESMAS**	STANDAR AKREDITASI LABORATORIUM KESEHATAN***	STANDAR AKREDITASI UNIT TRANSFUSI DARAH****	STANDAR AKREDITASI RUMAH SAKIT*****
D.3	Komunikasi dalam menghadapi dinamika interaksi tim			TKK dan SKP	TKK, SKP, MI	TKRS, KPS, SKP, AKP, PAP, dan KE

Keterangan:

TKK – Tata Kelola Pasien, PKP – Penyelenggaraan Kesehatan Perseorangan, KMP - Kepemimpinan dan Manajemen Puskesmas, KKS – Kualifikasi dan Kompetensi SDM, PM – Pengendalian Mutu, MI – Manajemen Informasi, PMP - Peningkatan Mutu Puskesmas, TKRS – Tata Kelola Rumah Sakit, KPS – Kualifikasi dan Pendidikan Staf, MFK – Manajemen Fasilitas dan Keselamatan, AKP – Akses dan Kesinambungan Pelayanan, PMKP – Peningkatan Mutu dan Keselamatan Pasien, SKP – Sasaran Keselamatan Pasien, PAP – Pelayanan dan Asuhan Pasien, PD – Pelayanan Darah; IMLTD - Pemeriksaan Infeksi Menular Lewat Transfusi Darah

* KMK No. HK.01.07/MENKES/1983/2022 tentang Standar Akreditasi Klinik

** KMK No. HK.01.07/MENKES/165/2023 tentang Standar Akreditasi Pusat Kesehatan Masyarakat

*** Kepdirjen Yankes HK.02.02/D/632/2023 tentang Instrumen Survei Akreditasi Laboratorium Kesehatan

**** Kepdirjen Yankes HK.02.02/D/15603/2023 tentang Instrumen Survei Akreditasi Unit Transfusi Darah

***** KMK No. HK.01.07/MENKES/1128/2022 tentang Standar Akreditasi Rumah Sakit

BAB III

PENILAIAN BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Keselamatan (*safety*) merupakan sebuah aspek yang menentukan kualitas pelayanan sebuah institusi kesehatan. Keberhasilan institusi tidak saja tercermin melalui indikator capaian kinerja dan tingkat kepuasan pelanggan, melainkan juga melalui pengenalan apakah institusi tersebut mengedepankan keselamatan sebagai sebuah budaya. Sebuah institusi memerlukan informasi mengenai sejauh mana keselamatan sudah menjadi prioritas dan dilaksanakan oleh segenap karyawan. Oleh karena itu diperlukan pengukuran kualitas penerapan budaya keselamatan oleh seluruh staf di institusi tersebut.

Penilaian budaya keselamatan pasien yang saat ini diadakan, mengacu pada dokumen *Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0 User Guide* yang diterbitkan oleh *Agency of Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Tujuan dari penilaian survei adalah untuk mendapatkan gambaran situasional dan tingkat kualitas penerapan budaya keselamatan terkait sepuluh dimensi budaya keselamatan pasien. Butir-butir yang dinilai dalam 10 dimensi budaya tersebut yaitu:

1. Kerjasama tim: staf bekerja bersama-sama sebagai sebuah tim yang bekerja efektif, saling tolong-menolong di kala waktu sibuk, dan saling menghargai satu sama lain.
2. Dukungan penyelia (supervisor), manajemen, atau ketua medis untuk keselamatan pasien: atasan mempertimbangkan saran/masukan staf dalam pengembangan, tidak memotivasi/mendorong staf untuk mengambil jalan yang tidak sesuai prosedur, dan mengambil langkah-langkah yang fokus pada keselamatan pasien.
3. Pengaturan staf dan tempo kerja: jumlah staf memadai untuk mengelola beban pekerjaan dan bekerja sesuai waktu kerja, serta tidak merasa diburu-buru.

4. Respons terhadap *error:* perlakuan staf secara adil setelah terjadi kesalahan, fokus pada proses pengkajian dan mempelajari kesalahan tersebut, serta dukungan untuk penyelesaian kesalahan.
5. Pelaporan kejadian keselamatan pasien: pengkategorian insiden, identifikasi dan perbaikan kejadian sebelum sampai kepada pasien, serta kesalahan yang mungkin mencederai pasien namun belum terjadi.
6. Pembelajaran organisasi – perbaikan berkesinambungan: pelaksanaan telaah proses kerja secara reguler, perubahan untuk menghindari pengulangan kesalahan, dan evaluasi perubahan.
7. Dukungan manajemen fasilitas pelayanan kesehatan untuk keselamatan pasien: penetapan keselamatan pasien sebagai prioritas teratas dan penyediaan sumber daya yang memadai untuk keselamatan pasien.
8. Serah terima pekerjaan dalam pergantian *shift* dan pertukaran informasi: diseminasi informasi terkait keselamatan pasien antar unit di fasilitas pelayanan kesehatan dan pada setiap pergantian *shift* kerja staf.
9. Keterbukaan komunikasi: kebebasan menyampaikan pendapat tentang sesuatu yang tidak aman dan merasa nyaman untuk mengajukan pertanyaan.
10. Komunikasi tentang *error*: diseminasi informasi tentang kesalahan, mendiskusikan cara mencegah insiden, dan diseminasi informasi terkait perubahan yang dibuat.

SURVEI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Sesuai dengan uraian sebelumnya tentang budaya keselamatan pasien dan manfaat dari budaya tersebut bagi fasilitas pelayanan kesehatan, pimpinan, staf, pasien, dan keluarganya, diperlukan sebuah proses untuk menilai tingkat budaya keselamatan pasien yang telah berkembang. Standar akreditasi saat ini menghimbau agar budaya keselamatan pasien dapat dilakukan setiap tahunnya dengan tetap memberikan perhatian pada tindak lanjut hasil survei (meningkatkan dimensi yang mendapatkan nilai kurang baik atau rata-rata, mempertahankan dan terus meningkatkan dimensi yang telah mencapai nilai baik). Hasil survei yang valid dan andal akan mendorong

pada perencanaan yang lebih baik. Berikut pertimbangan-pertimbangan yang perlu dikaji sebelum menyelenggarakan survei: (pendekatan 4W1H)

What/ Apa	:	Survei Budaya Keselamatan Pasien menggunakan Formulir Survei Budaya Keselamatan Pasien dari *Agency of Healthcare Research and Quality* (AHRQ).
Who/ Siapa	:	Dilaksanakan oleh Komite/Tim/ penanggung jawab mutu dan keselamatan pasien fasilitas pelayanan kesehatan bekerja sama dengan para penanggung jawab unit kerja (PIC)
	:	Target/ subjek survei penyelenggara layanan atau petugas di fasilitas pelayanan kesehatan yaitu tenaga kesehatan (dokter, perawat, dan profesi tenaga kesehatan lain), staf administrasi, staf penunjang, tenaga alih daya, dan peserta didik
	:	Hasil dapat diakses oleh pimpinan (representasi pemilik, pengawas, kepala fasilitas pelayanan kesehatan (Kepala Puskesmas/ Direktur, manajer, kepala unit kerja) dan staf fasilitas pelayanan kesehatan, organisasi profesi, organisasi fasilitas pelayanan kesehatan, organisasi yang bergerak di bidang mutu dan keselamatan pasien, dinas kesehatan, dan Kementerian Kesehatan
When/Kapan	:	Dilaksanakan satu kali setahun atau lebih sering
	:	Dilaksanakan dengan *timeline* yang memadai mulai dari masa persiapan, pengumpulan data, analisis, dan penyusunan laporan
	:	Dilaksanakan dengan waktu pengumpulan data yang cukup
Where/Dimana	:	Melibatkan seluruh unit kerja/tim yang ada di fasilitas pelayanan kesehatan
How/Bagaimana	:	Dilaksanakan secara mandiri oleh fasilitas pelayanan kesehatan atau pihak ketiga. Kedua cara perlu mempertimbangkan kesahihan dan keandalan data.
	:	Dilaksanakan dengan persiapan yang optimal
	:	Dilaksanakan oleh Tim yang membantu dalam hal: • mendapatkan data jumlah dan profil staf (nama, lama kerja, kontak (email atau No. HP)) secara keseluruhan maupun di masing-masing unit kerja

- penanggung jawab pengumpulan data dari masing-masing unit kerja
- tim yang memahami cara melaksanakan survei (kuesioner, wawancara, *focus group discussion*)
- penanggung jawab IT bila diperlukan
- tim yang dapat melakukan analisis data dan menyusun laporan survei budaya

: Dilaksanakan secara konvensional atau elektronik

: Dilaksanakan dengan menjaga kerahasiaan identitas subjek (anonim atau menggunakan inisial)

: Dilaksanakan analisis hasil survei dengan menghitung respons positif dan negatif untuk masing-masing dimensi

: Berdasarkan perhitungan skor positif kemudian ditentukan tingkat budaya keselamatan pasien secara umum maupun khusus untuk masing-masing dimensi

: Berdasarkan penilaian di masing-masing dimensi dapat dilakukan penyusunan rencana tindak lanjut untuk meningkatkan atau mempertahankan skor yang diperoleh

FORMULIR SURVEI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Butir-butir 10 dimensi budaya dituangkan dalam kuesioner yang terdiri atas 48 butir pertanyaan, dengan rincian:

- Sebelas butir pertanyaan mengenai demografi responden
- Tiga puluh empat butir berupa pertanyaan dengan rating scale (skor 1-6), yang mewakili 10 dimensi budaya keselamatan pasien.
- Satu butir berupa pertanyaan dengan pilihan jawaban, tentang jumlah insiden yang dilaporkan 12 bulan terakhir.
- Satu butir berupa pernyataan dengan rating scale (skor 0-100), tentang Budaya Keselamatan Pasien secara umum.
- Satu pertanyaan mengenai pendapat responden mengenai budaya keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan terkait

Formulir Survei Budaya Keselamatan Pasien terdiri atas pernyataan-pernyataan berikut:

Demografi Responden

1. Nama/Inisial Responden
2. Nomor Telepon/Hp yang dapat dihubungi
3. Jenis Kelamin
4. Umur (ulang tahun terakhir)
5. Pendidikan terakhir
6. Apa jenis fasilitas pelayanan kesehatan tempat Anda bekerja
7. Berapa lama Anda sudah bekerja di Fasilitas pelayanan kesehatan ini?
8. Berapa lama Anda sudah bekerja di unit/area kerja anda saat ini?
9. Apa unit/area kerja Anda saat ini?
10. Apa posisi kerja Anda saat ini?
11. Dalam posisi Anda, apakah Anda biasanya memiliki interaksi atau kontak langsung dengan pasien?

Bagian A : Unit/Area Kerja Anda

12. Staf di unit/area kerja saya akan membantu ketika staf lain sedang sangat sibuk.
13. Unit/area kerja saya secara rutin meninjau proses kerja untuk menentukan apakah perubahan diperlukan untuk meningkatkan keselamatan pasien
14. Staf di unit/area kerja saya bekerja lebih lama dibandingkan rata-rata waktu optimal untuk merawat pasien.
15. Layanan terbaik kepada pasien dapat diberikan jika unit/area kerja kami menambah jumlah staf outsource.
16. Unit/area kerja saya memiliki jumlah karyawan yang cukup untuk menangani beban kerja yang ada.
17. Di unit/area kerja saya, staf merasa kesalahan yang dilakukan dapat digunakan untuk melawan dirinya.
18. Di unit/area kerja saya, staf yang terlibat dalam insiden keselamatan pasien kurang mendapat dukungan.
19. Di unit/area kerja saya, kesalahan/insiden keselamatan pasien terus menerus terjadi.
20. Di unit/area kerja saya, saat staf melakukan kesalahan mereka fokus pada pembelajaran dibandingkan menyalahkan individu.

21. Di unit/area kerja saya, saat insiden dilaporkan maka bukannya masalah tersebut yang dilaporkan tapi justru orang yang bersalah yang dilaporkan.
22. Ketika banyak pekerjaan yang harus segera diselesaikan, kami bekerjasama sebagai sebuah tim untuk menyelesaikannya, bekerjasama sesuai dengan porsi pekerjaan dan wewenang masing-masing karyawan.
23. Di unit/area kerja saya, staf saling menghargai satu sama lain. Saling menghargai yang dimaksud dalam pertanyaan ini adalah sikap saling peduli, sopan dan perlakuan sepatutnya di antara pekerja di unit kerjanya.
24. Di unit/area kerja saya, kami selalu bekerja dalam situasi krisis, mencoba melakukan banyak hal dengan cepat yang berpengaruh secara negatif pada keselamatan pasien. Situasi unit/area kerja selalu dalam keadaan terburu-buru karena beban kerja yang berlebih dengan tuntutan waktu yang singkat.
25. Untuk meningkatkan keselamatan pasien, proses evaluasi perlu dilakukan setelah suatu perubahan dilakukan. Terdapat evaluasi secara berkala, setiap suatu proses diubah.

Bagian B : Komunikasi Di Unit/Area Kerja Anda

26. Staf diberi tahu mengenai adanya insiden yang terjadi di unit/area kerja ini.
27. Untuk mengantisipasi terjadinya insiden yang sama, staf di unit/area kerja kami melakukan diskusi untuk menemukan solusinya.
28. Di unit/area kerja ini, staf menyampaikan pendapat saat melihat atasan melakukan sesuatu yang tidak aman pada keselamatan pasien.
29. Di unit/area kerja saya, staf bebas menyampaikan hal-hal yang mungkin berdampak buruk pada keselamatan pasien.
30. Di unit/area kerja saya, atasan peduli dengan pendapat staf mengenai keselamatan pasien.
31. Di unit/area kerja saya, staf merasa khawatir untuk bertanya saat melihat sesuatu yang tidak semestinya. (Tidak semestinya berarti tidak sesuai dengan peraturan yang berlaku atau prosedur baku).

32. Di unit/area kerja saya, staf diinfokan mengenai perubahan yang terjadi karena laporan insiden.

Bagian C : Pelaporan Insiden Di Unit/Area Kerja Anda

33. Jika kesalahan yang ditemukan dan dikoreksi sebelum terpapar pada pasien (kejadian nyaris cedera / KNC) terjadi di unit Anda, seberapa sering hal ini dilaporkan?

    (Kejadian nyaris cedera adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Contoh: seorang pasien mendapat terapi ceftriaxon 1 gram tetapi obat yang sampai ke perawat adalah cefotaxim 1gram yang berpotensi menimbulkan cedera pada pasien. Kemudian karena perawat mengetahui bahwa obat tersebut salah dan mengganti dengan obat yang benar)

34. Jika kejadian tidak cedera (KTC) terjadi di unit Anda, seberapa sering hal ini dilaporkan?

    (Kejadian tidak cedera adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera atau pasien tidak mengalami dampak dari kesalahan tersebut)

35. Dalam 12 bulan terakhir, berapa banyak insiden keselamatan pasien yang Anda laporkan?

BAGIAN D: ATASAN ANDA

36. Atasan saya ingin staf bekerja lebih cepat selama waktu sibuk, meskipun harus mengambil jalan pintas.
37. Atasan saya bersedia mempertimbangkan masukan saya mengenai cara untuk meningkatkan keselamatan pasien.
38. Atasan saya menyampaikan pujian ketika melihat pekerjaan dilaksanakan sesuai prosedur.
39. Atasan saya mengambil tindakan untuk mengatasi masalah keselamatan pasien yang menjadi perhatian mereka.

Bagian E : Fasilitas Pelayanan Kesehatan Anda

40. Manajemen fasilitas pelayanan kesehatan mendorong kami untuk menjadi rumah sakit yang mengutamakan keselamatan.

41. Manajemen fasilitas pelayanan kesehatan menyediakan suasana kerja dan sumber daya yang memadai untuk meningkatkan keselamatan pasien.
42. Informasi penting/kunci perlu disampaikan secara jelas dan lengkap menjelang pergantian *shift*. (Terdapat format detail informasi pasien yang jelas dan lengkap).
43. Saat pergantian *shift*, terdapat waktu yang cukup untuk bertukar informasi kunci untuk setiap pasien.
44. Manajemen fasilitas pelayanan kesehatan tertarik pada aspek keselamatan pasien hanya setelah kejadian tidak diharapkan terjadi.
45. Unit-unit/ area-area kerja di fasilitas pelayanan kesehatan bekerja sama untuk menyediakan layanan terbaik untuk pasien. (Layanan terbaik yang dimaksud adalah pelayanan yang sesuai standar prosedur suatu pelayanan di faskes)
46. Saat proses penyerahan pasien dari satu unit/area kerja ke unit/area kerja lain, sering kali ada informasi penting yang tidak tersampaikan/tertinggal

Bagian F : Tingkat Keselamatan Pasien

47. Anda diminta untuk memberikan penilaian secara umum mengenai SEBERAPA BAIK tingkat keselamatan pasien di UNIT/AREA KERJA Anda, dari skala 0 sampai 100. Untuk memberikan penilaian, pilihlah salah satu angka. Semakin besar angka yang Anda pilih, maka semakin baik tingkat keselamatan pasien di unit/area kerja Anda. Sebaliknya, semakin kecil angka yang Anda pilih, maka semakin buruk tingkat keselamatan pasien di unit/area kerja Anda.
48. Jika Anda memiliki pendapat mengenai keselamatan pasien, insiden, atau pelaporan insiden yang terjadi di ~~fasilitas kesehatan jiwa~~ (fasilitas pelayanan kesehatan), silakan tuliskan pada bagian yang disediakan.

PERSIAPAN SURVEI

Dalam melakukan persiapan survei diperlukan persiapan yang matang, mengingat survei budaya keselamatan pasien yang tidak hanya penting

untuk menilai penerapan budaya keselamatan pasien di fasilitas pelayanan kesehatan, tetapi juga terkadang memiliki kompleksitas yang berbeda pada setiap fasilitas pelayanan kesehatan. Karenanya sebelum memulai survei terdapat beberapa poin yang perlu dipahami atau dipersiapkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Poin-poin tersebut antara lain:

1. Pertanyaan Survei

   Pedoman ini menyediakan instrumen survei yang dapat digunakan oleh fasilitas pelayanan kesehatan. Pertanyaan-pertanyaan di dalam instrumen survei tersebut sepenuhnya ditranslasi dari pedoman AHRQ 2.0 dan melalui proses pembahasan tim konsultan yang terdiri atas ahli statistik, ahli survei, dan ahli mutu fasilitas pelayanan kesehatan.

2. Lembar Persetujuan Partisipasi *(Informed Consent)*

   Lembar ini menjelaskan tujuan, manfaat, prosedur, serta dampak dari penelitian kepada calon responden. Jika calon responden bersedia menjadi responden dalam penelitian, maka calon responden diminta untuk menandatangani lembar tersebut pada survei konvensional atau pada praktek survei elektronik dapat memberikan checklist atau Melakukan click pada tombol "Berikut" atau "Saya Bersedia" lembar persetujuan partisipasi (informed consent) sebelum masuk ke dalam pertanyaan dalam kuesioner lebih lanjut. Karena Lembar Persetujuan Partisipasi ini harus disampaikan sebelum responden masuk kedalam butir pertanyaan kuesioner, Lembar Persetujuan Partisipasi dapat juga ditambahkan dan atau berfungsi sebagai Kata Pengantar.

3. Membentuk Tim

   Membentuk tim pelaksana yang dapat bekerja sama dan mengerti mengenai mutu fasilitas pelayanan kesehatan dan budaya keselamatan pasien adalah penting untuk melakukan survei. Tim terutama dikoordinasikan oleh penanggung jawab mutu atau SDM di fasilitas pelayanan kesehatan bekerjasama dengan unit/area kerja yang menjadi bagian dari survei budaya keselamatan pasien.

4. Menentukan Metode Pengumpulan Data

Dalam pedoman AHRQ 2.0 survei dilaksanakan melalui pengisian kuesioner secara mandiri oleh masing-masing responden (bukan wawancara). Dalam pedomannya terdapat dua metode pengumpulan data untuk melakukan survei ini dengan konsekuensinya masing-masing:

a. survei konvensional: responden akan langsung mengisi lembar fisik kertas kuesioner untuk kemudian langsung diisi. Kuesioner dapat diberikan langsung di kantor ataupun dikirimkan ke rumah masing-masing responden dan dikumpulkan kepada penanggung jawab yang ditunjuk.
b. survei elektronik: responden akan melakukan pengisian formulir elektronik dalam bentuk gform, kobotoolbox atau surveymonkey yang masing-masing memiliki petunjuk yang berbeda dalam pelaksanaan. Link survei dilakukan melalui email atau aplikasi tertulis (sms, whatsapp, telegram, dll). Dalam menyebarkan survei, perlu disusun kalimat pengantar agar email atau aplikasi tertulis mendapatkan konfirmasi kesediaan keterlibatan responden. Survei elektronik perlu juga memperhatikan poin-poin yang diberikan oleh AHRQ 2.0:

Tabel 2 Poin-poin yang Harus Diperhatikan dalam Pembuatan Kuesioner Elektronik

STANDAR BAKU DALAM PERANCANGAN SURVEI SECARA ELEKTRONIK	KETERANGAN
Responden TIDAK diwajibkan untuk untuk menjawab setiap pertanyaan survei	Versi kertas tidak memerlukan jawaban untuk setiap *items* survei demikian pula versi elektronik. Selain itu, responden mungkin memiliki alasan yang baik untuk tidak menjawab pertanyaan tertentu. Karenanya disediakan pilihan tidak tahu atau tidak berlaku untuk setiap pertanyaan.
Dapat diakses melalui *smartphone*	Selalu rancang survei Anda untuk perangkat seluler dan uji survei web Anda di berbagai jenis perangkat seluler (misalnya, ponsel pintar, tablet) untuk memastikan bahwa survei tersebut dapat dengan mudah dilihat dan diselesaikan.
Hindari kotak *drop-down* (kotak pilihan yang disusun ke bawah)	Kotak *drop-down* mempersulit responden untuk memilih jawaban yang benar dan dapat menyebabkan responden memilih jawaban yang salah, terutama dari daftar yang panjang. Jika pengguliran vertikal diperlukan untuk item latar belakang, (misalnya, unit/area kerja), pastikan semua opsi respons berada dalam satu kolom untuk menghindari pengguliran horizontal (dari kiri ke kanan).
Menampilkan tombol halaman sebelumnya dan berikutnya	Tombol halaman sebelumnya dan selanjutnya memungkinkan responden untuk membaca keseluruhan survei

STANDAR BAKU DALAM PERANCANGAN SURVEI SECARA ELEKTRONIK	KETERANGAN
	dan kembali untuk meninjau jawaban mereka dan membuat perubahan jika diperlukan.
Sediakan halaman penyampaian terima kasih.	Halaman penyampaian terima kasih menjadi sebuah tanda bagi responden bahwa jawaban survei mereka telah diterima dan menghargai waktu serta usaha yang telah diberikan dalam menyelesaikan survei.
Memungkinkan jawaban disimpan secara otomatis di setiap halaman (opsional)	Penyimpanan jawaban secara otomatis pada setiap halaman akan mencegah hilangnya jawaban karena terputus dan memungkinkan responden untuk kembali menyelesaikan survei.

5. Menentukan Penanggung Jawab (*Person in Charge* – PIC) di Masing-masing Unit Kerja

   Setidaknya satu orang harus ditunjukkan sebagai narahubung, penanggung jawab, atau PIC dari tim. Tugas dari PIC antara lain:

   a. Menjawab pertanyaan mengenai pertanyaan yang ada di dalam survei, instruksi, maupun kekhawatiran dari staf saat mengisi survei
   b. Mengoordinasikan penyampaian kuesioner ketika survei dilakukan secara email ataupun melalui media elektronik, serta mengingatkan untuk mengisi survei.
   c. Menjadi poin untuk penyampaian kuesioner survei yang telah terisi secara konvensional
   d. Jika menggunakan vendor (pihak ketiga), maka berperan sebagai penghubung
   e. Jika memiliki lebih dari satu PIC maka satu PIC harus menjadi koordinator PIC dari seluruh PIC.

6. Melaksanakan Survei yang Anonim

   Dalam sebuah survei terutama yang diisi sendiri oleh responden, anonimitas penting bagi responden dalam menjawab pertanyaan. Jika survei bersifat anonim maka jawaban responden akan lebih valid mengingat tidak ada risiko bagi responden ketika memberikan jawaban.

7. Menentukan Pelaksanaan Mandiri oleh Fasilitas pelayanan kesehatan atau Vendor

   Jika sumber daya di fasilitas pelayanan kesehatan untuk melakukan survei memadai, maka akan lebih baik jika survei dilakukan oleh vendor. Sekalipun memerlukan biaya yang tidak sedikit, hal ini bukan saja akan meringankan pekerjaan tim, tetapi juga akan menjaga hasil penilaian survei lebih objektif. Upaya menjamin kualitas data agar valid dan andal:

   a. Melakukan survei yang anonim
   b. Dilakukan secara terbuka bila dilakukan secara elektronik dan/atau memungkinkan untuk dilakukan pada total sampel
   c. Dilakukan randomisasi (simple random sampling atau systematic random sampling) dari daftar populasi yang akan dilibatkan dalam survei bila menggunakan perhitungan sampel
   d. Analisis dilakukan dengan menerapkan minimal subjek (terutama untuk analisis unit kerja)
   e. Menyusun kriteria inklusi dan eksklusi untuk memastikan kapasitas subjek dalam memberikan pendapat

8. Menentukan *Timeline*

   Penentuan *timeline* akan berpengaruh dalam berbagai hal. Pihak AHRQ 2.0 memberikan rekomendasi *timeline* dalam 10 minggu. Akan tetapi, tentu setiap fasilitas pelayanan kesehatan dapat menyesuaikan dengan kemampuannya masing-masing.

9. Menentukan Kriteria Responden

   Jumlah responden survei akan sangat ditentukan oleh metode ini. Dalam hal staf yang valid dijadikan responden, responden pada studi ini menurut AHRQ 2.0 tidak terbatas pada mereka yang staf kesehatan (dokter, perawat, tenaga kesehatan lain, staf maupun peserta didik), tetapi juga yang staf non-kesehatan (tenaga administrasi, sekuriti, *cleaning service*,

porter, health care *assistance*, dan tenaga penunjang layanan lain, staf maupun tenaga alih daya).

Staf tersebut sebaiknya mengetahui aktivitas sehari-hari di unit/area kerjanya – dapat kita tentukan target responden dibatasi pada mereka yang paling tidak sudah setahun bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan terkait.

10. Menentukan Survei atau Sensus

Metode Pengumpulan data terbagi menjadi dua; Sensus dan Survei. Pada sensus maka seluruh staf yang dianggap valid di fasilitas pelayanan kesehatan akan menjadi responden untuk studi ini. Sementara jika melakukan survei maka diperlukan metode sampling yang mumpuni dari tim untuk menentukan jumlah responden yang ideal dan menentukan responden terpilih. Untuk menentukan jumlah responden menggunakan metode sampling, metode slovin adalah metode yang dianggap paling mudah dalam melakukan hal ini. Formula slovin adalah sebagai berikut:

$$\mathbf{n = \frac{N}{1 + Ne^2}}$$

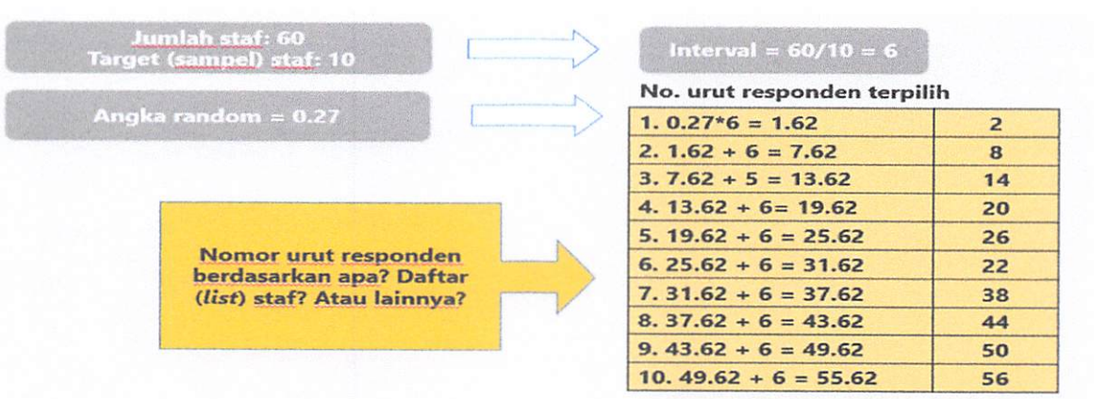
Keterangan:

n : Jumlah sampel

N : Populasi (jumlah staf yang dimiliki)

e : *Margin of Error* (dapat dipilih, biasanya <10 persen)

Sementara untuk menentukan responden terpilih direkomendasikan untuk menggunakan metode *systematic random sampling* dengan ilustrasi sebagai berikut:



Gambar 3. Ilustrasi *Systematic Random Sampling*

Pada kasus ilustrasi di atas artinya jika kita memiliki daftar karyawan. Maka pada daftar tersebut mereka yang berada pada nomor urut 1 maka menjadi responden survei, selanjutnya maka ada di nomor urut 7, 12 dan seterusnya.

11. Melakukan Uji Coba Kuesioner

    Sebelum survei dimulai, pastikan untuk melakukan uji coba instrumen yang akan digunakan untuk memastikan instrumen mudah dipahami, tidak menimbulkan makna ganda, sehingga proses survei dapat berjalan dengan baik dan tidak ada kekeliruan. Oleh karena itu, uji coba memberi peluang untuk memberikan masukan perbaikan kalimat-kalimat yang kurang dapat dipahami dengan baik oleh responden. Ujicoba dilakukan dengan mempertimbangkan variasi populasi yang akan disurvei seperti jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, kelompok peran secara umum (misalnya tenaga kesehatan, staf administrasi, tenaga alih daya, peserta didik, dll)

12. Memberikan Pemberitahuan

    Terakhir, sebelum survei dimulai, maka tim melalui PIC menyampaikan pemberitahuan kepada seluruh staf fasilitas pelayanan kesehatan tentang akan dilangsungkannya Survei Budaya Keselamatan Pasien. Pemberitahuan ini dapat mencakup durasi pelaksanaan, tujuan, dan kerahasiaan data.

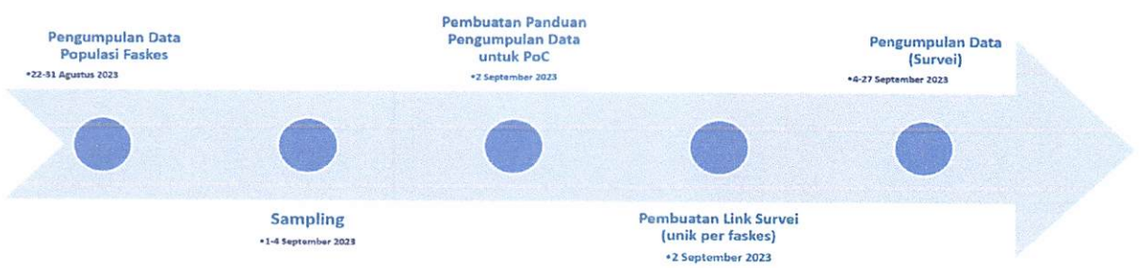
METODE PENGELOLAAN DATA

Pengukuran tingkat budaya keselamatan pasien perlu dilakukan melalui survei setiap tahunnya (sesuai dengan standar akreditasi puskesmas dan rumah sakit). Pengumpulan data dapat dilakukan kepada sampel maupun sensus (melibatkan semua) yang sebaiknya dilakukan secara periodik. Survei atau sensus juga dapat dilakukan secara langsung (konvensional, dengan atau tanpa numerator) maupun melalui daring (*online*) yang dilakukan secara langsung oleh staf yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan di segala lini (termasuk tenaga alih daya (*outsource*), peserta didik, dan jenis kepegawaian lainnya).

Hasil penilaian skor survei dapat menjadi gambaran mengenai budaya keselamatan pasien saat ini. Skor dibagi menjadi tiga kategori (Kumbi, Musa, et al., 2020): baik (≥75%), rata-rata (50-75%), dan butuh peningkatan (<50%). Selain itu, skor juga dapat dibandingkan dengan kondisi di fasilitas pelayanan kesehatan lain. Skor pada setiap budaya dan pertanyaan dapat memberikan rekomendasi perbaikan yang dibutuhkan ketika terbukti salah satu budaya berada pada skor <50% (butuh peningkatan).

Tahapan dan contoh analisis survei budaya keselamatan pasien:

1. Penyusunan lini masa (*timeline*) pelaksanaan survei:



Gambar 4. Contoh timeline pelaksanaan survei

2. Pembersihan data (*data cleaning*) untuk memastikan semua data layak untuk dianalisis

   Pembersihan data utamanya dilakukan untuk memastikan seluruh data layak untuk dianalisis. Dalam panduan yang diberikan AHRQ, terdapat dua hal yang utama yang harus diperhatikan dalam melakukan pembersihan data:

   a. Pada satu orang responden terdapat jawaban yang sama untuk hampir seluruh pertanyaan
   b. Pertanyaan dijawab dengan jawaban tidak tahu, tidak berlaku, atau tidak ingin menjawab (jawaban 6) karena ini akan menentukan jumlah respons valid dari setiap pertanyaan. Selain itu, dalam kasus data yang diinput dari survei menggunakan kertas, periksa file data untuk memastikan bahwa semua respons berada dalam rentang yang valid (misalnya, respons 7 seharusnya tidak ada di dalam

survei). Akan tetapi, dalam kasus kuesioner elektronik harusnya hal ini dapat diselesaikan lebih awal melalui desain kuesioner yang baik serta proses *pretest*.

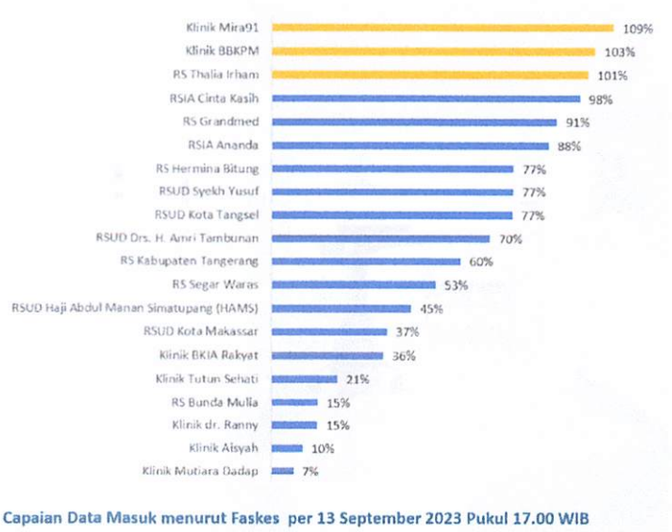
Kemudian hal lain yang perlu diperhatikan adalah keakuratan jawaban mengenai unit atau area kerja dimana responden berada karena hal ini akan memengaruhi *response rate* (perhitungan keterwakilan untuk proses analisis – menghindari penilaian hanya oleh segelintir responden untuk menilai secara keseluruhan) dari setiap fasilitas pelayanan kesehatan dan unit/area kerja.

Selain itu, info demografis juga perlu dipastikan terisi dengan benar (mencegah *error*). Misalnya jika responden menjawab berumur lebih dari umur pensiun (contoh: 80 tahun) maka jawaban perlu dipastikan kembali. Demikian pula jika umur di bawah usia kerja (biasanya kurang dari 15 tahun).

3. Pemantauan *response rate* (capaian pengisian survei berdasarkan unit/area kerja)

   Setelah data sudah dianggap bersih maka selanjutnya dilakukan perhitungan *response rate*. Adapun *response rate* dapat dilakukan berdasarkan standar yang ditentukan baik secara unit/area kerja ataupun secara total di dalam faskes, tergantung seberapa jauh tim pelaksana survei mampu memantau survei secara keseluruhan. Formula perhitungan *response rate* adalah sebagai berikut:

a. Nama-nama unit/area kerja
b. Selanjutnya dihitung:
   Jumlah respons valid (bersih) x 100%
   Jumlah sampel masing-masing unit kerja

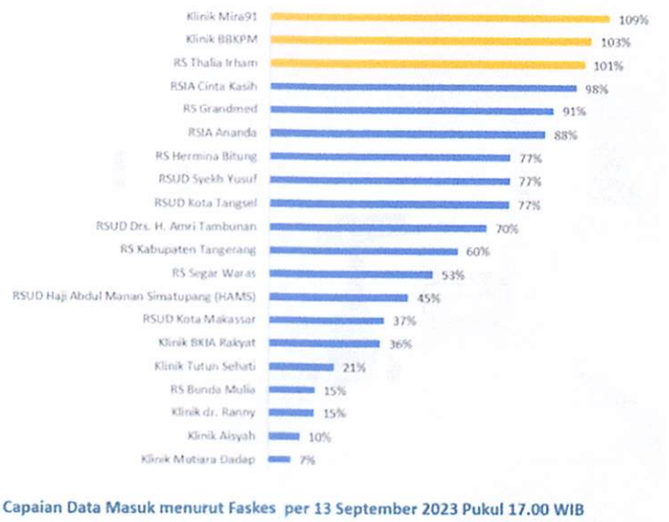


Capaian Data Masuk menurut Faskes per 13 September 2023 Pukul 17.00 WIB

4. Analisis data

Analisis data dapat dilakukan untuk beberapa segmen data:

a. *Response rate* – capaian responden



Gambar 5. Ilustrasi Laporan *Response Rate*

b. Perhitungan Skor Positif Budaya Keselamatan Pasien

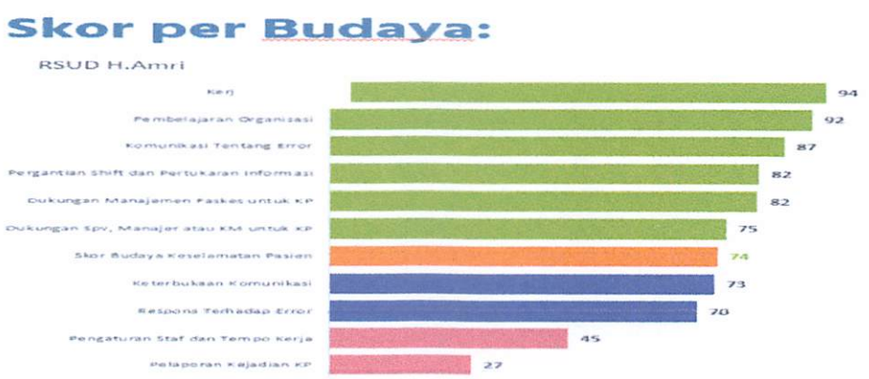
Perhitungan skor budaya keselamatan pasien merupakan bagian paling penting dalam analisis. Perhitungan skor budaya keselamatan pasien pada pedoman ini didasari pada pedoman yang telah diberikan oleh AHRQ 2.0 dalam menghitung skor setiap budaya keselamatan pasien yang terdiri dari 10 budaya. Untuk melakukan perhitungan skor, pertama-tama perlu dikenali dulu dua jenis pertanyaan dalam kuesioner untuk melakukan survei ini yaitu:

1) pertanyaan positif (contoh: Di unit saya, saat staf melakukan kesalahan mereka fokus pada pembelajaran dibandingkan menyalahkan individu) yang memiliki arti semakin tinggi angka jawaban responden maka semakin baik
2) pertanyaan negatif (contoh: Di unit saya, staf merasa kesalahan dirinya dapat digunakan untuk melawan diri mereka sendiri) yang berarti semakin tinggi angka jawaban responden maka semakin buruk.

Dalam perhitungan kemudian didefinisikan mana yang dinamakan respons positif. Dalam pertanyaan positif, jawaban 4 (setuju) dan 5 (sangat setuju) adalah respons positif, sementara dalam pertanyaan negatif jawaban 1 (Sangat Tidak Setuju) dan 2 (Tidak Setuju) adalah respons positif. Selanjutnya, yang perlu dilakukan adalah mendefinisikan total respons untuk setiap pertanyaan. Setelah kedua poin tersebut terpenuhi, selanjutnya perhitungan skor positif setiap budaya dapat dilakukan.

Perhitungan skor setiap budaya dilakukan dengan mendefinisikan setiap pertanyaan pembentuknya seperti yang terlihat pada tabel Ilustrasi Perhitungan Skor Positif Setiap Budaya Keselamatan Pasien dan Skor Budaya Keselamatan Keseluruhan. Contoh: Dimensi budaya Kerjasama, skor positif dibentuk dari respons positif di tiga pertanyaan yaitu pertanyaan nomor 12, nomor 23, dan nomor 22.

Selanjutnya ilustrasi perhitungan persen skor positif untuk setiap dimensi budaya dapat dilihat pada tabel Ilustrasi Perhitungan Skor Positif Budaya Keselamatan Pasien dan Skor Budaya Keselamatan Keseluruhan. Untuk perbandingan dengan *database* AHRQ perhitungan skor positif untuk setiap budaya merupakan hal yang paling penting untuk dilakukan, akan tetapi kami menyarankan untuk menambahkan perhitungan skor budaya keselamatan pasien secara keseluruhan untuk mengetahui gambaran umum budaya keselamatan pasien dalam fasilitas pelayanan kesehatan terkait.



Gambar 6. Ilustrasi Skor Positif menurut Kategori Budaya Keselamatan Pasien (%)



Gambar 7. Ilustrasi Skor Positif menurut Kategori Budaya Keselamatan Pasien

Selanjutnya setelah kedua skor budaya selesai dihitung perhitungan budaya kemudian dapat dilakukan pemilahan menurut kategori yang diinginkan seperti unit ataupun posisi kerja. Pemilahan skor pada level posisi ataupun unit kemudian dapat berfungsi untuk menentukan unit ataupun posisi yang paling harus diprioritaskan ketika program perbaikan budaya keselamatan pasien dalam suatu faskes akan dilakukan dan memberikan rekomendasi yang lebih spesifik.

Tabel 3. Ilustrasi Perhitungan Skor Positif Setiap Budaya Keselamatan Pasien dan Skor Budaya Keselamatan Keseluruhan

Keterangan:

Jumlah Sampel Fasyankes	:	jumlah sampel yang diperoleh berdasarkan hasil survei yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan terkait.
Kolom (1)	:	sesuai sepuluh dimensi budaya keselamatan pasien yang diadaptasi oleh AHRQ 2.0 sesuai dengan uraian di Bab III. Menjadi bagian yang tetap (tidak perlu diubah) dalam tabel laporan analisis.
Kolom (2)	:	berisikan nomor pertanyaan dalam kuesioner sesuai dengan dimensi budaya keselamatan pasien. Menjadi bagian yang tetap (tidak perlu diubah) dalam tabel laporan analisis.
Kolom (3)	:	berisikan kalimat pernyataan dalam kuesioner sesuai dengan dimensi budaya keselamatan pasien. Menjadi bagian yang tetap (tidak perlu diubah) dalam tabel laporan analisis.
Kolom (4)	:	berisikan keterangan tentang jenis pertanyaan – merupakan pertanyaan positif (jawaban 4 (setuju) dan 5 (sangat setuju) adalah respons positif) atau pertanyaan negatif (jawaban 1 (Sangat Tidak Setuju) dan 2 (Tidak Setuju) adalah respons positif). Menjadi bagian yang tetap (tidak perlu diubah) dalam tabel laporan analisis.
Kolom (5)	:	berisikan keterangan mengenai jumlah respon positif dari setiap pertanyaan. Jika di kolom (4) tertulis bahwa jenis pertanyaan adalah positif maka respons positif adalah jumlah responden yang menjawab 4 atau 5 pada pertanyaan terkait. Sementara jika jenis pertanyaan adalah negatif maka respons positif adalah jumlah responden yang menjawab jawaban 1 atau 2 pada pertanyaan terkait.
Kolom (6)	:	berisikan keterangan mengenai jumlah respons valid dari pertanyaan pada kolom (3). Respons dari responden dianggap valid jika menjawab pertanyaan dengan jawaban pada rentang 1 – 5 sementara jika responden menjawab diluar rentang tersebut maka repons dianggap tidak valid. Oleh karena itu, total respons memungkinkan untuk kurang dari jumlah sampel di fasilitas pelayanan kesehatan terkait.
Kolom (7)	:	berisikan keterangan mengenai skor positif baik dari setiap pertanyaan maupun setiap budaya beserta formula penghitungan.

Contoh Jumlah Sampel Fasilitas pelayanan kesehatan X: 300 Responden						
Dimensi Budaya Keselamatan Pasien	No. Pertanyaan	Pertanyaan	Jenis Pertanyaan (Positif/ Negatif)	Jumlah Respons Positif (Pertanyaan Positif (Setuju/Sangat Setuju) dan Negatif (Sangat Tidak Setuju/Tidak Setuju))	Total Respons Pertanyaan (Tidak Termasuk Jawaban Tidak Tahu/Tidak Berlaku)	Skor Positif (%) Jumlah Respons Positif/ Total Respons*100
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Kerjasama	22	Ketika banyak pekerjaan yang harus segera diselesaikan, kami bekerjasama sebagai sebuah tim untuk menyelesaikannya.	Positif	290	300	97
	12	Staf di unit saya akan membantu ketika staf lain sedang sangat sibuk	Positif	285	300	95
	23	Di Unit saya, staf saling menghargai satu sama lain	Positif	295	300	98

Skor Positif Budaya Kerjasama						(97+95+98) / 3 = 97
Pengaturan staf dan tempo kerja	16	Unit saya memiliki jumlah karyawan yang cukup untuk menangani beban kerja yang ada	Positif	200	300	67
	14	Staf di unit saya bekerja lebih lama dari waktu terbaik untuk merawat pasien	Negatif	255	300	85
	15	Layanan terbaik kepada pasien dapat diberikan jika unit kami menambah jumlah staf outsource.	Negatif	100	300	33
	24	Di unit saya, kami selalu bekerja dalam situasi krisis, mencoba melakukan banyak hal dengan cepat yang berpengaruh secara negatif pada keselamatan pasien	Negatif	150	300	50
Skor Positif Budaya Pengaturan Staf dan Tempo						(67+85+33+50) / 4 = 59
Pembelajaran organisasi – perbaikan	13	Unit saya secara rutin meninjau proses kerja untuk menentukan	Positif	295	300	98

berkesinambungan		apakah perubahan diperlukan untuk meningkatkan keselamatan pasien				
	25	Untuk meningkatkan keselamatan pasien, proses evaluasi perlu dilakukan setelah suatu perubahan dilakukan.	Positif	290	300	97
	19	Di unit saya, kesalahan/insiden keselamatan pasien terus menerus terjadi	Negatif	295	300	98
Skor Positif Budaya Pembelajaran Organisasi - Perbaikan Berkesinambungan						(98+97+98) / 3 = 98
Respons terhadap *error*	17	Di unit saya, staf merasa kesalahan dirinya dapat digunakan untuk melawan diri mereka sendiri.	Negatif	200	300	67
	21	Di unit saya, saat insiden dilaporkan maka bukannya masalah tersebut yang dilaporkan tapi justru orang yang bersalah yang dilaporkan	Negatif	232	300	77

	20	Di unit saya, saat staf melakukan kesalahan mereka fokus pada pembelajaran dibandingkan menyalahkan individu	Positif	260	300	87
	18	Di unit saya, staf yang terlibat dalam insiden keselamatan pasien kurang mendapat dukungan	Negatif	250	300	83
Skor Positif Budaya Respons Terhadap *Error*						(67+77+87+83) / 4 = 82
Dukungan supervisor, manajer, atau ketua medis untuk keselamatan pasien	37	Atasan saya bersedia mempertimbangkan masukan saya mengenai cara untuk meningkatkan keselamatan pasien.	Positif	232	296	78
	36	Atasan saya ingin staf bekerja lebih cepat selama waktu sibuk, meskipun harus mengambil jalan pintas.	Negatif	260	296	88
	39	Atasan saya mengambil tindakan untuk mengatasi masalah keselamatan	Positif	250	296	84

		pasien yang menjadi perhatian mereka.				
Skor Positif Budaya Dukungan Supervisor, Manajer atau Ketua Medis Untuk Keselamatan Pasien						(78+88+84) / 3 = 84
Komunikasi tentang Error	26	Staf diberi tahu mengenai adanya insiden yang terjadi di unit ini.	Positif	200	294	68
	27	Untuk mengantisipasi terjadinya insiden yang sama, staf di unit kami melakukan diskusi untuk menemukan solusinya.	Positif	260	300	87
	32	Di unit saya, staf diinfokan mengenai perubahan yang terjadi karena laporan insiden.	Positif	250	300	83
Skor Positif Budaya Komunikasi Tentang *Error*						(68+87+83) / 3 = 79
Keterbukaan Komunikasi	28	Di unit ini, staf menyampaikan pendapat saat melihat atasan melakukan sesuatu yang tidak aman pada keselamatan pasien	Positif	180	300	60
	29	Di unit saya, staf bebas menyampaikan hal-hal yang mungkin berdampak	Positif	250	300	83

		buruk pada keselamatan pasien.				
	30	Di unit saya, atasan peduli dengan pendapat staf mengenai keselamatan pasien.	Positif	266	300	89
	31	Di unit saya, staf merasa khawatir untuk bertanya saat melihat sesuatu yang tidak semestinya.	Negatif	160	300	53
Skor Positif Budaya Keterbukaan Komunikasi						(60+83+89+53) / 4 = 71
Pelaporan kejadian keselamatan pasien	33	Jika kesalahan yang ditemukan dan dikoreksi sebelum terpapar pada pasien (kejadian nyaris cedera / KNC) terjadi di unit Anda, seberapa sering hal ini dilaporkan?	Positif	120	280	43
	34	Jika kejadian tidak cedera (KTC) terjadi di unit Anda, seberapa sering hal ini dilaporkan?	Positif	150	280	54
Skor Positif Budaya Pelaporan Kejadian Keselamatan Pasien						(43+54) / 2 = 48
Dukungan manajemen	40	Manajemen Fasilitas pelayanan kesehatan	Positif	260	294	88

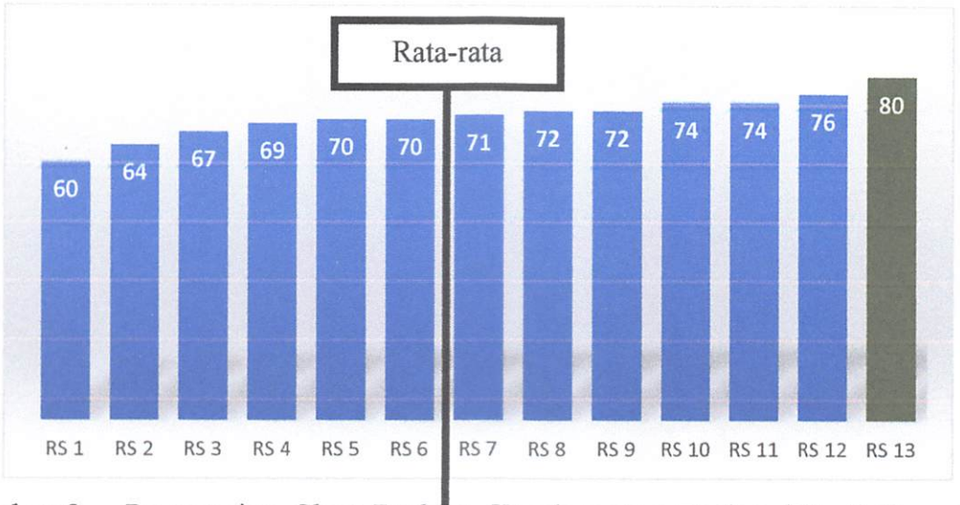
rumah sakit untuk keselamatan pasien		mendorong kami untuk menjadi rumah sakit yang mengutamakan keselamatan.				
	41	Manajemen Fasilitas pelayanan kesehatan menyediakan suasana kerja dan sumber daya yang memadai untuk meningkatkan keselamatan pasien	Positif	267	294	91
	44	Manajemen Fasilitas pelayanan kesehatan tertarik pada aspek keselamatan pasien hanya setelah kejadian tidak diharapkan terjadi.	Negatif	180	294	61
Skor Positif Budaya Dukungan Manajemen Rumah Sakit Untuk keselamatan Pasien						(88+91+61) / 3 = 80
Penyerahan dan pertukaran informasi	46	Saat proses penyerahan pasien dari satu unit ke unit lain, sering kali ada informasi penting yang tidak tersampaikan/tertinggal	Negatif	220	300	73

	42	Informasi penting/kunci perlu disampaikan secara jelas dan lengkap menjelang pergantian shift.	Positif	280	300	93
	43	Saat pergantian shift, terdapat waktu yang cukup untuk bertukar informasi kunci untuk setiap pasien.	Positif	260	300	87
Skor Positif Budaya Penyerahan dan Pertukaran Informasi						(73+93+87) / 3 = 84
Skor Budaya Keselamatan Pasien					Total Skor Positif Seluruh Pertanyaan/32=	78

BAB IV
PEMBELAJARAN DARI SURVEI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Survei ini diselenggarakan melalui kerjasama antara Kementerian Kesehatan dengan USAID MPHD (Momentum Private Healthcare Delivery) dan Tim Pelaksana Survei dari LD FEB-UI. Survei dilaksanakan di tiga provinsi di Indonesia yaitu Sumatera Utara (Kabupaten Deli Serdang dan Asahan), Banten (Kabupaten Tangerang dan Kota Tangerang Selatan), dan Sulawesi Selatan (Kabupaten Gowa dan Kota Makasar) tahun 2023. Hasil analisis dari 20 fasilitas pelayanan kesehatan menunjukkan kondisi berikut:

1. Analisis Survei Budaya di Rumah Sakit (termasuk Rumah Sakit Ibu dan Anak) – 13 RS



Gambar 8. Pencapaian Skor Budaya Keselamatan Pasien (%) di Rumah Sakit Berdasarkan Survei Kemenkes dan Mitra

Hanya 1 dari 13 rumah sakit yang memiliki skor budaya keselamatan pasien dengan kategori baik (>75%). Dimensi dengan nilai terbaik dan terendah di tingkat rumah sakit terdiri atas:

Tabel 5. Tiga Skor Positif Terbaik dan Terendah di Tingkat Rumah Sakit Berdasarkan Survei Kemenkes dan Mitra

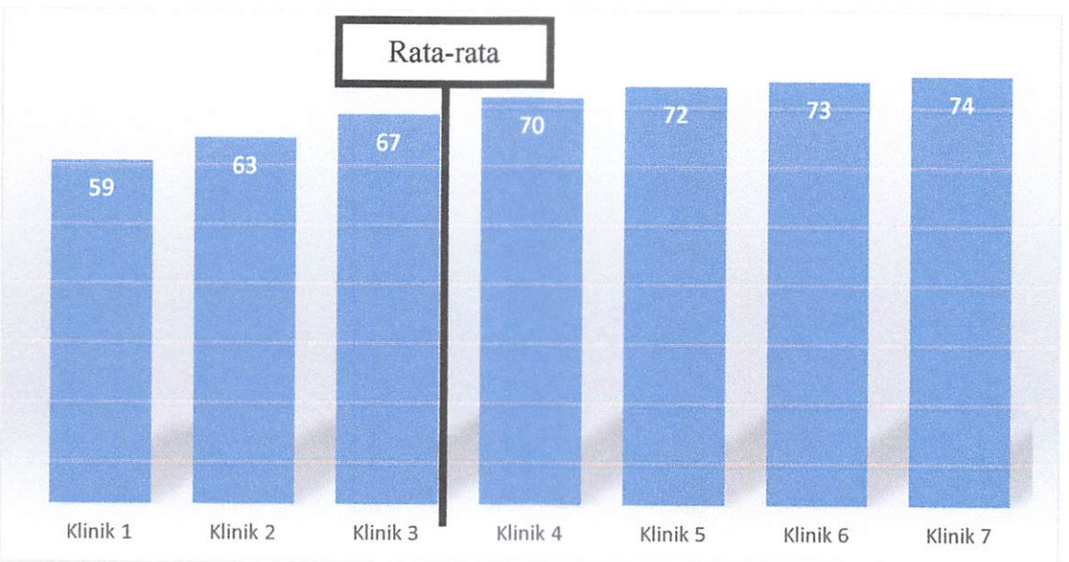
Dimensi dengan Nilai Terbaik		Dimensi dengan Nilai Terendah (%)		
No.	Dimensi	No.	Dimensi	Skor
1.	Kerjasama tim	1.	Pelaporan kejadian keselamatan pasien	24,3
2.	Pembelajaran organisasi	2.	Pengaturan staf dan tempo kerja	44,5
3.	Komunikasi tentang *error*	3.	Respons terhadap *error*	64,2
			Keterbukaan komunikasi	65,8

2. Analisis Survei Budaya di Klinik – 7 Klinik

Dimensi dengan nilai terbaik dan terendah di tingkat klinik terdiri atas:

Tabel 6. Tiga Skor Positif Terbaik dan Terendah di Tingkat Klinik Berdasarkan Survei Kemenkes dan Mitra

Dimensi dengan Nilai Terbaik		Dimensi dengan Nilai Terendah (%)		
1.	Kerjasama tim	1.	Pelaporan kejadian keselamatan pasien	12,1
2.	Pembelajaran organisasi	2.	Pengaturan staf dan tempo kerja	47,6
3.	Pergantian *shift* dan pertukaran informasi	3.	Keterbukaan komunikasi	60



Gambar 9. Pencapaian Skor Budaya Keselamatan Pasien (%) di Klinik Berdasarkan Survei Kemenkes dan Mitra

Berdasarkan gambar di atas, terlihat bahwa seluruh klinik memiliki skor budaya keselamatan pasien dengan nilai rata-rata (50 – 75%).

Kedua jenis fasilitas pelayanan kesehatan menunjukkan nilai tertinggi yang sama di dimensi kerjasama tim dan pembelajaran organisasi. Perbedaan terjadi untuk peringkat tiga rumah sakit dan klinik, secara berurutan terkait dimensi komunikasi tentang *error dan* pergantian shift serta pertukaran informasi. Data peringkat tiga besar tersebut menunjukkan bahwa kedua jenis fasilitas pelayanan kesehatan tersebut dinilai:

1. sebagai tempat kerja yang saling menolong dan saling menghargai
2. telah memiliki sistem pemantauan dan evaluasi
3. telah memiliki keterbukaan untuk mendiskusikan dan menginformasikan kesalahan serta perubahan yang terjadi

4. informasi yang berhubungan dengan keselamatan pasien disampaikan dengan baik antarunit dan di setiap pergantian *shift* kerja staf

Peringkat tiga terendah di kedua jenis fasilitas pelayanan kesehatan adalah pelaporan kejadian keselamatan pasien, pengaturan staf dan tempo kerja, keterbukaan komunikasi, dan respons terhadap *error*. Kondisi tersebut menandakan masih diperlukannya peningkatan kapasitas organisasi dalam hal:

1. pengembangan sistem identifikasi, pelaporan, dan tindak lanjut terhadap kesalahan terutama kesalahan yang belum mengenai pasien
2. pengelolaan staf agar beban dan waktu kerja tersedia memadai
3. pemberian kesempatan untuk berpendapat/menyampaikan sesuatu

KUMPULAN *BEST PRACTICES* UNTUK PENGEMBANGAN DIMENSI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN

Semua fasilitas pelayanan kesehatan tentu saja sangat menginginkan budaya keselamatan pasien berkembang dengan baik di sana. Oleh karenanya berikut langkah-langkah atau teknik pengembangan budaya keselamatan pasien yang merupakan *best-practices* dari berbagai pengalaman di dalam dan luar negeri, terutama untuk dimensi-dimensi dengan nilai rendah:

NO	DIMENSI	*BEST PRACTICES* PENGEMBANGAN
1.	Keterbukaan komunikasi	o Dimensi ini memiliki hubungan bermakna dengan dimensi komunikasi dan respons terhadap *error*, pelaporan insiden, pengaturan staf, dan dukungan manajemen. Hal tersebut menunjukkan bahwa upaya perbaikan aspek keterbukaan komunikasi akan memperbaiki juga dimensi budaya keselamatan pasien lainnya –(RSCM, Indonesia – 2016 - 2022 o Menunjukkan paradigma yang diusung dan komitmen pimpinan fasilitas kesehatan terhadap keselamatan pasien maupun staf. Paradigma dan komitmen tersebut dituangkan dalam strategi keselamatan jangka pendek (program per tahun), maupun sedang – panjang (Rencana Strategis – Renstra). o Paradigma kepedulian pimpinan dapat ditunjukkan dalam media poster, pertemuan-pertemuan, dan penyampaian visi.

NO	DIMENSI	*BEST PRACTICES* PENGEMBANGAN
		o Mengembangkan lingkungan yang terbuka melalui penerapan prinsip lingkungan yang aman, penuh kasih dan adil untuk mengembangkan iklim keterbukaan dan keamanan psikologis. o Memberikan apresiasi bagi mereka yang melaporkan, terlibat dalam investigasi, dan tindak lanjut suatu kejadian *error** o Menunjukkan tidak adanya konsekuensi negatif untuk menyampaikan pendapat* o Membuka peluang dan menyediakan media untuk staf dapat membicarakan tentang budaya keselamatan, penerapan standar mutu dan keselamatan, serta beban kerja antar staf (termasuk tantangan untuk bekerja) misalnya melalui saat pembahasan *morning report* dan kegiatan pembahasan kinerja bersama* o Menugaskan staf yang setara sebagai tempat untuk melaporkan, agar proses dialog atau komunikasi dapat dilakukan dengan lebih baik*
2.	Pergantian *shift* dan pertukaran informasi	o Fasilitas pelayanan kesehatan menyusun materi informasi dasar, minimal, dan penting yang perlu disampaikan saat bertukar informasi. Penyusunan materi tersebut melibatkan para petugas di garda terdepan yang memahami betul kebutuhan dan manfaat dari informasi tersebut. o I Pass the Baton Program (the US Department Defense) dengan deskripsi:

<table>
<tr><th>NO</th><th>DIMENSI</th><th>BEST PRACTICES PENGEMBANGAN</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td>


</td></tr>
<tr><td>3.</td><td>Pembelajaran organisasi, perbaikan berkesinambungan</td><td>o Terdapat hubungan antara dimensi budaya keselamatan pasien ini dengan komunikasi tentang error, respons yang tidak menyalahkan, kerjasama tim, dan dukungan manajemen – RSCM, Indonesia – 2016 – 2022
o Dimensi ini dapat diperkuat atau ditingkatkan dengan pengembangan media yang memberikan kesempatan untuk menyampaikan pendapat*
o Menunjukkan tidak adanya konsekuensi negatif dalam penyampaian pendapat*
o Hasil pembelajaran dari banyak kejadian, diinformasikan dan menjadi regulasi atau prosedur yang baru dan lebih baik
o Konsep “from zero to hero” diharapkan dapat meningkatkan partisipasi mereka yang pernah terkait dalam sebuah insiden/kesalahan Dallam upaya menjaga mutu dan keselamatan yang lebih baik di masa mendatang</td></tr>
<tr><td>4.</td><td>Pelaporan kejadian keselamatan pasien</td><td>o Mengembangkan sistem pelaporan yang mudah (alur dan formulir yang mudah diakses serta user friendly)
o Proses sosialisasi sistem pelaporan dilakukan secara terus menerus untuk meningkatkan kesadaran pelaporan – RSCM, Indonesia
o Perilaku melaporkan perlu diperkuat (misalnya dengan pemberian reward untuk individu maupun unit kerja) karena ditemukan hubungan yang tidak</td></tr>
</table>

NO	DIMENSI	*BEST PRACTICES* PENGEMBANGAN
		bermakna antara pengetahuan tentang pelaporan insiden dengan frekuensi pelaporan (r^2 2,1) – RSCM, Indonesia, 2014 o Perilaku melaporkan semakin kuat bila individu memahami konsekuensi dan tindak lanjut laporan. Hal tersebut menjadi media pelatihan yang sangat baik – RSCM, Indonesia o Upaya proaktif juga dapat dilakukan melalui berbagai metode seperti ronde klinis, audit medis, audit asuhan, audit kematian, telusur internal, safety patrol, dll.*
5.	Komunikasi tentang *error* Respons terhadap *error*	o Mencoba menciptakan atmosfir keterbukaan informasi untuk pelaporan insiden – Taiwan o Menciptakan lingkungan yang dapat membantu staf untuk melaporkan kesalahan/*error* secara spontan (alur dan tindak lanjut pelaporan) – Taiwan o Budaya tidak menyalahkan (*no blaming, no shaming, and no naming*) o Keselamatan pasien menjadi agenda rutin diskusi secara terbuka o Menjadikan respons terhadap *error* (tindak lanjut pelaporan insiden) sebagai indikator kerja (individu maupun unit kerja) terutama setelah sumber daya diarahkan untuk menindaklanjuti *error* tersebut
6.	Pengaturan staf dan tempo kerja	o Untuk mencapai dimensi ini, perlu dilakukan evaluasi terhadap alokasi staf, jam kerja, kompetensi dan kapasitas, penempatan, pembagian, serta pemerataan tugas o Mengalokasikan sumber daya (termasuk untuk peningkatan kapasitas), staf, dan jam kerja dengan lebih baik – Taiwan o Menghitung efektivitas dan efisiensi peran berdasarkan jenis ketenagaan untuk mencegah tumpang tindih maupun peran yang sama tetapi dilakukan berulang-ulang oleh beberapa petugas – RSCM, Indonesia o Melakukan penilaian terhadap aspek kuantitas dan kualitas (termasuk kompetensi dan kesesuaian dengan protokol yang berlaku)

NO	DIMENSI	*BEST PRACTICES* PENGEMBANGAN
		o Menggunakan tenaga alih daya o Mengoordinasikan antar layanan dan antar tenaga terutama untuk mobilisasi petugas ke area layanan yang memiliki balans negatif – RSCM, Indonesia o Sistem sentralisasi SDM untuk mengurangi kekurangan SDM akibat sistem pengkotak-kotakan (silo) SDM yang ada – RSCM, Indonesia o Sistem *free floating* untuk mengurangi pengadaan SDM dalam jumlah besar di masing-masing unit kerja – RSCM, Indonesia o Pemanfaatan teknologi untuk mengurangi SDM misalnya pemanfaatan CCTV, *pneumatic tube*, dll – RSCM, Indonesia o Sistem pendelegasian wewenang dan supervisi berjenjang pada petugas terlatih untuk menjamin pemerataan upaya yang perlu dilakukan misalnya dengan pendekatan multi/interdisiplin atau interprofesi; mengadakan PJ fasilitas yang berhubungan dengan keselamatan pasien, PJ SDM, PJ Mutu, PJ IT, dll o Menyediakan panduan atau protokol kerja untuk membantu tercapainya kesesuaian kerja
7.	Dukungan manajemen fasilitas pelayanan kesehatan	o Komitmen pimpinan untuk memberikan perawatan pasien terbaik. Selanjutnya komitmen tersebut diintegrasikan dalam kebijakan organisasi – Ethiopia, Austria
	Dukungan penyelia, manajer, atau tenaga medis untuk keselamatan pasien	o Gaya kepemimpinan yang partisipatif. Pemimpin dapat menerapkan tiga strategi kunci menciptakan komunikasi yang baik dan tim yang kuat: (a). membuat dirinya mudah untuk didekati; (b) mengundang tim dalam diskusi; dan (c) menciptakan tujuan bersama – Austria o Mendukung perilaku saling menghormati untuk meningkatkan komunikasi – Austria o Dimensi budaya keselamatan pasien ini memiliki hubungan bermakna dengan dimensi keterbukaan komunikasi, umpan balik dan komunikasi *error* - RSCM, Indonesia – 2016 – 2022

NO	DIMENSI	*BEST PRACTICES* PENGEMBANGAN
		o Memberikan apresiasi dan menunjukkan tidak adanya konsekuensi negatif untuk menyampaikan pendapat* o Menyediakan media bagi staf untuk mengkomunikasi budaya keselamatan dan beban kerja antar staf* o Melaksanakan kegiatan proaktif seperti ronde dan *safety briefing* (*debriefing*) bersama pimpinan* o Menugaskan staf yang setara sebagai tempat untuk melaporkan, agar proses dialog atau komunikasi dapat dilakukan dengan lebih baik*

Keterangan : tanda * menunjukkan upaya yang hasilnya akan memengaruhi capaian di banyak dimensi

Berdasarkan uraian tabel di atas, memberikan apresiasi bagi mereka yang melaporkan, terlibat dalam investigasi, dan tindak lanjut suatu kejadian *error* akan memperbaiki dimensi keterbukaan komunikasi, komunikasi tentang dan respons terhadap *error*, dukungan manajemen fasilitas pelayanan kesehatan, penyelia, manajer, atau tenaga medis untuk keselamatan pasien.

Hal yang sama juga berlaku pada tindakan untuk memperkuat kesempatan menyampaikan pendapat, membicarakan tentang budaya keselamatan, penerapan standar mutu dan keselamatan, serta beban kerja antar staf, tanpa kuatir akan adanya konsekuensi negatif. Kesempatan tersebut akan memperbaiki dimensi keterbukaan komunikasi, pembelajaran organisasi, perbaikan berkesinambungan, pelaporan kejadian keselamatan pasien, dukungan manajemen fasilitas pelayanan kesehatan, penyelia, manajer, atau tenaga medis untuk keselamatan pasien.

Menyelenggarakan kegiatan yang proaktif dalam mengidentifikasi risiko, masalah, dan insiden yang mungkin terjadi di fasilitas pelayanan kesehatan dengan tujuan untuk mencegah konsekuensi besar bagi staf maupun institusi dapat memperbaiki dimensi pelaporan kejadian keselamatan pasien dan dukungan manajemen fasilitas pelayanan kesehatan, penyelia, manajer, atau tenaga medis untuk keselamatan pasien. Dimensi keterbukaan komunikasi dan dukungan manajemen fasilitas pelayanan kesehatan, penyelia, manajer, atau tenaga medis untuk keselamatan pasien juga dapat ditingkatkan dengan menugaskan staf yang setara (berasal dari *peer*) sebagai tempat pelaporan sehingga dialog atau komunikasi dapat dilakukan dengan lebih baik.

BAB V

PEMBINAAN DAN PENGAWASAN

1. Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan ini dilakukan oleh Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan, Kepala Dinas Kesehatan Provinsi/ Kabupaten/Kota sesuai dengan tugas dan fungsinya masing-masing.
2. Pembinaan dan pengawasan dapat melibatkan perhimpunan/asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan dan organisasi profesi yang terkait dan dilaksanakan melalui :
   a. advokasi, sosialisasi, dan bimbingan teknis;
   b. pemberian umpan balik hasil analisis pelaporan survei budaya keselamatan;
   c. pelatihan dan peningkatan kapasitas sumber daya manusia

   Pengawasan dilaksanakan dengan memastikan terlaksananya survei budaya keselamatan di fasilitas pelayanan kesehatan.

DIREKTUR JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN,

AZHAR JAYA

FORMULIR

Kuesioner Survei Budaya Keselamatan Pasien di Rumah Sakit

Selamat pagi/siang/sore/malam, Bapak/Ibu,
SURVEI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN ini merupakan kegiatan yang secara khusus diadakan untuk memperoleh informasi tentang pelaksanaan budaya keselamatan khususnya terkait layanan pada pasien di lingkungan Fasilitas Kesehatan. Kami berterima kasih Anda telah bersedia menjadi narasumber dalam kegiatan ini. Kami sangat mengharapkan kesediaan Anda untuk memberikan pendapat sesuai pengalaman pribadi Anda.
Untuk memastikan hasil pengisian kuesioner ini memiliki manfaat bagi peningkatan budaya keselamatan pasien di lingkungan FASKES, maka Anda diharapkan untuk mengisi sendiri secara spontan tanpa bertukar pikiran dengan orang lain. Anda tidak perlu menuliskan nama, akan tetapi diminta untuk mengisi sejumlah data tertentu yang diperlukan untuk melakukan analisis demografi.
Data tersebut akan diolah hanya untuk kepentingan survei ini dan tidak dapat dilakukan penelusuran lebih lanjut, sehingga tidak perlu takut untuk memberikan pendapat dengan sejujur-jujurnya.
Perlu diingat bahwa dalam pengisian kuesioner ini tidak ada jawaban benar ataupun salah. Jawaban yang paling tepat adalah yang menggambarkan apa yang Anda rasakan secara pribadi sebagai seseorang yang bekerja/berkarya di FASKES.
Jika Anda merasa terdapat pertanyaan yang kurang relevan dengan pekerjaan yang dilakukan maka silahkan jawab pilihan 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____. Secara urutan, pertanyaan dari kuesioner ini memiliki beberapa kelompok seksi sesuai dengan cakupan wilayah kerja/objek antara lain:

Seksi X	: Personal/demografi
seksi A, B, C	: Unit kerja/area kerja
seksi D	: Atasan kerja
seksi E	: Faskes

Kuesioner berbasis web ini didesign untuk 1 gadget (Handphone/Laptop/PC) 1 kuesioner, yang berarti responden hanya dapat mengisi 1 kali pada gadet mereka sendiri.

Mohon memastikan bahwa kondisi baterai HP atau laptop tidak dalam kondisi low-bat.

Harap memastikan bahwa gadget terhubung menggunakan koneksi internet yang stabil.

Responden diharapkan meluangkan waktu selama 15 hingga 20 menit dalam mengisi kuesioner survei ini. Terakhir, harap memastikan bahwa pengisian kuesioner dilakukan hingga selesai. Jika ada pertanyaan silahkan Hubungi staf penanggung jawab pengumpulan data survey budaya keselamatan.

Selamat mengerjakan.

X. DEMOGRAFI RESPONDEN Data Demografi pilihlah salah satu SESUAI DENGAN KONDISI ANDA. Anda hanya dapat memilih SALAH SATU dari pilihan yang tersedia di setiap poin		
1	Nama/Inisial Responden	_____
2	Nomor Telepon/Hp yang dapat dihubungi	_____
3	Jenis Kelamin	1. Laki-Laki 3. Perempuan
4	Umur ulang tahun terakhir	[ ] [ ]
5	Pendidikan terakhir	1. SD 2. SMP Sederajat 3. SMA Sederajat 4. Akademi (D1, D2, D3) 5. Sarjana (D4/S1) 6. Master/Spesialis (S2, S3)
6	Apa nama Faskes tempat Anda bekerja?	_____

7	Apa jenis Fasilitas Kesehatan tempat Anda bekerja	1. Rumah Sakit 2. Puskesmas 3. Klinik Swasta
8	Berapa lama Anda sudah bekerja di Faskes ini?	[ ] [ ] Tahun Jika No. 7 = 3 atau 2 Skip ke No. 11
9	Berapa lama Anda sudah bekerja di unit kerja anda saat ini?	[ ] [ ] Tahun
10	Apa Unit kerja Anda saat ini?	
11	Apa posisi kerja Anda saat ini?	
11a	Dalam posisi Anda, apakah Anda biasanya memiliki interaksi atau kontak langsung dengan pasien?	1. YA, saya biasanya memiliki interaksi atau kontak langsung dengan pasien 2. TIDAK, saya biasanya TIDAK memiliki interaksi atau kontak langsung dengan pasien

BAGIAN A: UNIT KERJA ANDA (RUMAH SAKIT) Pada BAGIAN A, Anda diminta untuk memberikan penilaian SEBERAPA TIDAK SETUJU atau SEBERAPA SETUJU Anda terhadap masing-masing pernyataan.		
12	Staf di unit saya akan membantu ketika staf lain sedang sangat sibuk	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____

13	Unit saya secara rutin meninjau proses kerja untuk menentukan apakah perubahan diperlukan untuk meningkatkan keselamatan pasien	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
14	Staf di unit saya bekerja lebih lama dari waktu terbaik untuk merawat pasien	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
15	Layanan terbaik kepada pasien dapat diberikan jika unit kami menambah jumlah staf outsource.	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
16	Unit saya memiliki jumlah karyawan yang cukup untuk menangani beban kerja yang ada	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
17	Di unit saya, staf merasa kesalahan dirinya dapat digunakan untuk melawan diri mereka sendiri.	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju

		6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
18	Di unit saya, staf yang terlibat dalam insiden keselamatan pasien kurang mendapat dukungan	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
19	Di unit saya, kesalahan/insiden keselamatan pasien terus menerus terjadi	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
20	Di unit saya, saat staf melakukan kesalahan mereka fokus pada pembelajaran dibandingkan menyalahkan individu	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
21	Di unit saya, saat insiden dilaporkan maka bukannya masalah tersebut yang dilaporkan tapi justru orang yang bersalah yang dilaporkan	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____

22	Ketika banyak pekerjaan yang harus segera diselesaikan, kami bekerjasama sebagai sebuah tim untuk menyelesaikannya. (Bekerjasama sesuai dengan porsi pekerjaan dan wewenang masing-masing karyawan)	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
23	Di Unit saya, staf saling menghargai satu sama lain (Saling menghargai yang dimaksud dalam pertanyaan ini adalah sikap saling peduli, sopan dan perlakuan sepatutnya diantara pekerja di unit kerjanya (sesuai KBBI))	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
24	Di unit saya, kami selalu bekerja dalam situasi krisis, mencoba melakukan banyak hal dengan cepat yang berpengaruh secara negatif pada keselamatan pasien. (Situasi unit kerja selalu dalam keadaan terburu-buru karena beban kerja yang berlebih dengan tuntutan waktu yang singkat)	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
25	Untuk meningkatkan keselamatan pasien, proses evaluasi perlu dilakukan setelah suatu perubahan dilakukan. (Terdapat evaluasi secara berkala, setiap suatu proses diubah)	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____

BAGIAN B: KOMUNIKASI DI UNIT KERJA ANDA (RUMAH SAKIT) Pada BAGIAN B, Anda diminta untuk memberikan penilaian TIDAK PERNAH atau SELALU Anda terhadap masing-masing pernyataan.		
26	Staf diberi tahu mengenai adanya insiden yang terjadi di unit ini.	1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
27	Untuk mengantisipasi terjadinya insiden yang sama, staf di unit kami melakukan diskusi untuk menemukan solusinya.	1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
28	Di unit ini, staf menyampaikan pendapat saat melihat atasan melakukan sesuatu yang tidak aman pada keselamatan pasien	1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
29	Di unit saya, staf bebas menyampaikan hal-hal yang mungkin berdampak buruk pada keselamatan pasien.	1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____

30	Di unit saya, atasan peduli dengan pendapat staf mengenai keselamatan pasien.	1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
31	Di unit saya, staf merasa khawatir untuk bertanya saat melihat sesuatu yang tidak semestinya. (Tidak semestinya berarti tidak sesuai dengan peraturan yang berlaku atau prosedur baku)	1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
32	Di unit saya, staf diinfokan mengenai perubahan yang terjadi karena laporan insiden.	1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____

BAGIAN C: PELAPORAN INSIDEN DI UNIT/AREA ANDA (RUMAH SAKIT) Pada BAGIAN C, Anda diminta untuk memberikan penilaian TIDAK PERNAH atau SELALU Anda terhadap masing-masing pernyataan.		
33	Jika kesalahan yang ditemukan dan dikoreksi sebelum terpapar pada pasien (kejadian nyaris cedera / KNC) terjadi di unit Anda, seberapa sering hal ini dilaporkan? (Kejadian nyaris cedera adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke	1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____

	pasien. Contoh: seorang pasien mendapat terapi ceftriaxon 1 gr tetapi obat yang sampai ke perawat adalah cefotaxim 1gr yang berpotensi menimbulkan cedera pada pasien. Kemudian karena perawat mengetahui bahwa obat tersebut salah dan mengganti dengan obat yang benar.)	
34	Jika kejadian tidak cedera (KTC) terjadi di unit Anda, seberapa sering hal ini dilaporkan? (Kejadian tidak cedera adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera. tetapi pasien tidak mengalami dampak dari kesalahan tersebut)	1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
35	Dalam 12 bulan terakhir, berapa banyak insiden keselamatan pasien yang Anda laporkan?	1. Tidak ada 2. 1-2 laporan 3. 3-5 laporan 4. 6-10 laporan 5. >10 laporan

BAGIAN D: ATASAN ANDA (RUMAH SAKIT) Pada BAGIAN D, Anda diminta untuk memberikan penilaian TIDAK PERNAH atau SELALU Anda terhadap masing-masing pernyataan.		
36	Atasan saya ingin staf bekerja lebih cepat selama waktu sibuk, meskipun harus mengambil jalan pintas.	1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____

37	Atasan saya bersedia mempertimbangkan masukan saya mengenai cara untuk meningkatkan keselamatan pasien.	1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
38	Atasan saya menyampaikan pujian ketika melihat pekerjaan dilaksanakan sesuai prosedur.	1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
39	Atasan saya mengambil tindakan untuk mengatasi masalah keselamatan pasien yang menjadi perhatian mereka.	1. Tidak pernah 2. Jarang 3. Kadang-kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____

BAGIAN E: RUMAH SAKIT ANDA Pada BAGIAN E, Anda diminta untuk memberikan penilaian SANGAT TIDAK SETUJU atau SANGAT SETUJU Anda terhadap masing-masing pernyataan.		
40	Manajemen FASKES mendorong kami untuk menjadi rumah sakit yang mengutamakan keselamatan.	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____

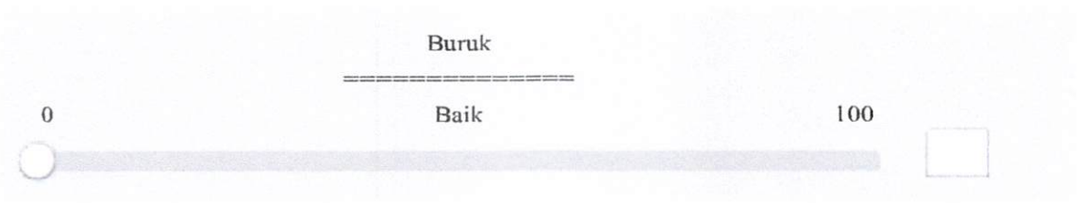
41	Manajemen FASKES menyediakan suasana kerja dan sumber daya yang memadai untuk meningkatkan keselamatan pasien	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
42	Informasi penting/kunci perlu disampaikan secara jelas dan lengkap menjelang pergantian shift. (Terdapat format detail informasi pasien yang jelas dan lengkap)	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
43	Saat pergantian shift, terdapat waktu yang cukup untuk bertukar informasi kunci untuk setiap pasien.	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
44	Manajemen FASKES tertarik pada aspek keselamatan pasien hanya setelah kejadian tidak diharapkan terjadi.	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
45	Unit-unit di FASKES bekerja sama untuk menyediakan layanan terbaik untuk pasien.	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral

	(Layanan terbaik yang dimaksud adalah pelayanan yang sesuai standard prosedur suatu pelayanan di faskes)	4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
46	Saat proses penyerahan pasien dari satu unit ke unit lain, sering kali ada informasi penting yang tidak tersampaikan/tertinggal	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____

BAGIAN F: TINGKAT KESELAMATAN PASIEN

Pada BAGIAN F, Anda diminta untuk memberikan penilaian secara umum mengenai SEBERAPA BAIK tingkat keselamatan pasien di AREA/UNIT KERJA Anda, dari skala 0 sampai 100.

47. Untuk memberikan penilaian, lingkarilah salah satu angka berikut ini. Semakin besar angka yang Anda pilih, maka semakin baik tingkat keselamatan pasien di area/unit kerja Anda. Sebaliknya, semakin kecil angka yang Anda pilih, maka semakin buruk tingkat keselamatan pasien di area/unit kerja Anda.



48. Jika Anda memiliki pendapat mengenai keselamatan pasien, insiden, atau pelaporan insiden yang terjadi di FASKES, silakan tuliskan pada bagian yang disediakan berikut ini.

Kuesioner Survei Budaya Keselamatan Pasien di FKTP

Selamat pagi/siang/sore/malam, Bapak/Ibu,
SURVEI BUDAYA KESELAMATAN PASIEN ini merupakan kegiatan yang secara khusus diadakan untuk memperoleh informasi tentang pelaksanaan budaya keselamatan khususnya terkait layanan pada pasien di lingkungan Fasilitas Kesehatan. Kami berterima kasih Anda telah bersedia menjadi narasumber dalam kegiatan ini. Kami sangat mengharapkan kesediaan Anda untuk memberikan pendapat sesuai pengalaman pribadi Anda.
Untuk memastikan hasil pengisian kuesioner ini memiliki manfaat bagi peningkatan budaya keselamatan pasien di lingkungan FASKES, maka Anda diharapkan untuk mengisi sendiri secara spontan tanpa bertukar pikiran dengan orang lain. Anda tidak perlu menuliskan nama, akan tetapi diminta untuk mengisi sejumlah data tertentu yang diperlukan untuk melakukan analisis demografi.
Data tersebut akan diolah hanya untuk kepentingan survei ini dan tidak dapat dilakukan penelusuran lebih lanjut, sehingga tidak perlu takut untuk memberikan pendapat dengan sejujur-jujurnya.
Perlu diingat bahwa dalam pengisian kuesioner ini tidak ada jawaban benar ataupun salah. Jawaban yang paling tepat adalah yang menggambarkan apa yang Anda rasakan secara pribadi sebagai seseorang yang bekerja/berkarya di FASKES.
Jika Anda merasa terdapat pertanyaan yang kurang relevan dengan pekerjaan yang dilakukan maka silahkan jawab pilihan 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____. Secara urutan, pertanyaan dari kuesioner ini memiliki beberapa kelompok seksi sesuai dengan cakupan wilayah kerja/objek antara lain:

Bagian X : Personal/demografi
Bagian A, B, C : Unit kerja/area kerja
Bagian D : Atasan kerja
Bagian E : Faskes

Kuesioner berbasis web ini didesign untuk 1 gadget (Handphone/Laptop/PC) 1 kuesioner, yang berarti responden hanya dapat mengisi 1 kali pada gadet mereka sendiri.
Mohon memastikan bahwa kondisi baterai HP atau laptop tidak dalam kondisi low-bat.

Harap memastikan bahwa gadget terhubung menggunakan koneksi internet yang stabil.

Responden diharapkan meluangkan waktu selama 15 hingga 20 menit dalam mengisi kuesioner survei ini. Terakhir, harap memastikan bahwa pengisian kuesioner dilakukan hingga selesai. Jika ada pertanyaan silahkan Hubungi staf penanggungjawab pengumpulan data survey budaya keselamatan pasien

Selamat mengerjakan.

X. DEMOGRAFI RESPONDEN Data Demografi pilihlah salah satu SESUAI DENGAN KONDISI ANDA. Anda hanya dapat memilih SALAH SATU dari pilihan yang tersedia di setiap poin		
1	Nama/Inisial Responden	_____
2	Nomor Telepon/Hp yang dapat dihubungi	_____
3	Jenis Kelamin	1. Laki-Laki 2. Perempuan
4	Umur ulang tahun terakhir	[ ] [ ]
5	Pendidikan terakhir	1. SD 2. SMP Sederajat 3. SMA Sederajat 4. Akademi (D1, D2, D3) 5. Sarjana (D4/S1) 6. Master/Spesialis (S2, S3)
6	Apa nama Faskes tempat Anda bekerja?	_____
7	Apa jenis Fasilitas Kesehatan tempat Anda bekerja	1. Rumah Sakit 2. Puskesmas 3. Klinik Swasta

8	Berapa lama Anda sudah bekerja di Faskes ini?	[ ] [ ] Tahun Jika No. 7 = 3 atau 2 Skip ke No. 11
9	Berapa lama Anda sudah bekerja di unit kerja anda saat ini?	[ ] [ ] Tahun
10	Apa Unit kerja Anda saat ini?	
11	Apa posisi kerja Anda saat ini?	
11a	Dalam posisi Anda, apakah Anda biasanya memiliki interaksi atau kontak langsung dengan pasien?	1. YA, saya biasanya memiliki interaksi atau kontak langsung dengan pasien 2. TIDAK, saya biasanya TIDAK memiliki interaksi atau kontak langsung dengan pasien

BAGIAN A: AREA KERJA KERJA ANDA (KLINIK/PUSKESMAS) Pada BAGIAN A, Anda diminta untuk memberikan penilaian SEBERAPA TIDAK SETUJU atau SEBERAPA SETUJU Anda terhadap masing-masing pernyataan.		
12	Staf di area kerja saya akan membantu ketika staf lain sedang sangat sibuk	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan ____
13	Staf di area kerja saya secara rutin meninjau proses kerja untuk menentukan apakah perubahan	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral

	diperlukan untuk meningkatkan keselamatan pasien	4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
14	Staf di area kerja saya bekerja lebih lama dari waktu terbaik untuk merawat pasien	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
15	Layanan terbaik kepada pasien dapat diberikan jika area kerja kami menambah jumlah staf outsource.	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
16	Area kerja saya memiliki jumlah karyawan yang cukup untuk menangani beban kerja yang ada	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
17	Di area kerja saya, staf merasa kesalahan dirinya dapat digunakan untuk melawan diri mereka sendiri.	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____

18	Di area kerja saya, staf yang terlibat dalam insiden keselamatan pasien kurang mendapat dukungan	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
19	Di area kerja saya, kesalahan/insiden keselamatan pasien terus menerus terjadi	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
20	Di area kerja saya, saat staf melakukan kesalahan mereka fokus pada pembelajaran dibandingkan menyalahkan individu	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
21	Di area kerja saya, saat insiden dilaporkan maka bukannya masalah tersebut yang dilaporkan tapi justru orang yang bersalah yang dilaporkan	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
22	Ketika banyak pekerjaan yang harus segera diselesaikan, kami bekerjasama	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral

	sebagai sebuah tim untuk menyelesaikannya. (Bekerjasama sesuai dengan porsi pekerjaan dan wewenang masing-masing karyawan)	4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
23	Di Area kerja saya, staf saling menghargai satu sama lain (Saling menghargai yang dimaksud dalam pertanyaan ini adalah sikap saling peduli, sopan dan perlakuan sepatutnya diantara pekerja di area kerja kerjanya (sesuai KBBI))	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
24	Di area kerja saya, kami selalu bekerja dalam situasi krisis, mencoba melakukan banyak hal dengan cepat yang berpengaruh secara negatif pada keselamatan pasien. (Situasi area kerja kerja selalu dalam keadaan terburu-buru karena beban kerja yang berlebih dengan tuntutan waktu yang singkat)	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
25	Untuk meningkatkan keselamatan pasien, proses evaluasi perlu dilakukan setelah suatu perubahan dilakukan. (Terdapat evaluasi secara berkala, setiap suatu proses diubah)	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____

BAGIAN B: KOMUNIKASI DI AREA KERJA ANDA (KLINIK/PUSKESMAS) Pada BAGIAN B, Anda diminta untuk memberikan penilaian TIDAK PERNAH atau SELALU Anda terhadap masing-masing pernyataan.

26	Di area kerja saya , staf diberi tahu mengenai adanya insiden yang terjadi.	1. Tidak Pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
27	Untuk mengantisipasi terjadinya insiden yang sama, staf di area kerja saya melakukan diskusi untuk menemukan solusinya.	1. Tidak Pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
28	Di area kerja saya, staf menyampaikan pendapat saat melihat atasan melakukan sesuatu yang tidak aman pada keselamatan pasien	1. Tidak Pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
29	Di area kerja saya, staf bebas menyampaikan hal-hal yang mungkin berdampak buruk pada keselamatan pasien.	1. Tidak Pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
30	Di area kerja saya, atasan peduli dengan pendapat staf mengenai keselamatan pasien.	1. Tidak Pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu

		6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
31	Di area kerja saya, staf merasa khawatir untuk bertanya saat melihat sesuatu yang tidak semestinya. (Tidak semestinya berarti tidak sesuai dengan peraturan yang berlaku atau prosedur baku)	1. Tidak Pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
32	Di area kerja saya, staf diinfokan mengenai perubahan yang terjadi karena laporan insiden.	1. Tidak Pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____

BAGIAN C: PELAPORAN INSIDEN DI AREA ANDA (KLINIK/PUSKESMAS) Pada BAGIAN C, Anda diminta untuk memberikan penilaian TIDAK PERNAH atau SELALU Anda terhadap masing-masing pernyataan.		
33	Jika kesalahan yang ditemukan dan dikoreksi sebelum terpapar pada pasien (kejadian nyaris cedera / KNC) terjadi di area kerja Anda, seberapa sering hal ini dilaporkan? (Kejadian nyaris cedera adalahterjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien. Contoh: seorang pasien mendapat terapi ceftriaxon 1 gr tetapi obat yang sampai ke perawat adalah cefotaxim 1gr yang berpotensi menimbulkan cedera pada pasien. Kemudian karena perawat	1. Tidak Pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____

	mengetahui bahwa obat tersebut salah dan mengganti dengan obat yang benar.)	
34	Jika kejadian tidak cedera (KTC) terjadi di area kerja Anda, seberapa sering hal ini dilaporkan? (Kejadian tidak cedera adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera. tetapi pasien tidak mengalami dampak dari kesalahan tersebut)	1. Tidak Pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
35	Dalam 12 bulan terakhir, berapa banyak insiden keselamatan pasien yang Anda laporkan?	1. Tidak ada 2. 1-2 laporan 3. 3-5 laporan 4. 6-10 laporan 5. >10 laporan

BAGIAN D: ATASAN ANDA (KLINIK/PUSKESMAS) Pada BAGIAN D, Anda diminta untuk memberikan penilaian TIDAK PERNAH atau SELALU Anda terhadap masing-masing pernyataan.		
36	Atasan saya ingin staf bekerja lebih cepat selama waktu sibuk, meskipun harus mengambil jalan pintas.	1. Tidak Pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
37	Atasan saya bersedia mempertimbangkan masukan saya mengenai cara untuk meningkatkan keselamatan pasien.	1. Tidak Pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering

		5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
38	Atasan saya menyampaikan pujian ketika melihat pekerjaan dilaksanakan sesuai prosedur.	1. Tidak Pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
39	Atasan saya mengambil tindakan untuk mengatasi masalah keselamatan pasien yang menjadi perhatian mereka.	1. Tidak Pernah 2. Jarang 3. Kadang-Kadang 4. Sering 5. Selalu 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____

BAGIAN E: KLINIK/PUSKESMAS ANDA (KLINIK/PUSKESMAS) Pada BAGIAN E, Anda diminta untuk memberikan penilaian SANGAT TIDAK SETUJU atau SANGAT SETUJU Anda terhadap masing-masing pernyataan.		
40	Manajemen klinik/puskesmas mendorong kami untuk menjadi klinik/puskesmas yang mengutamakan keselamatan.	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
41	Manajemen klinik/puskesmas menyediakan suasana kerja dan sumber daya yang memadai untuk meningkatkan keselamatan pasien	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju

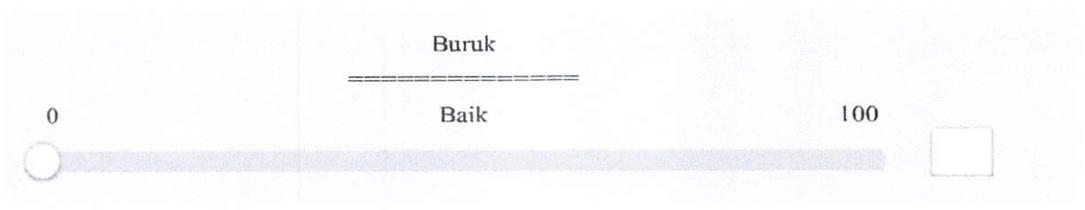
		5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
42	Informasi penting/kunci perlu disampaikan secara jelas dan lengkap menjelang pergantian shift. (Terdapat format detail informasi pasien yang jelas dan lengkap)	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
43	Saat pergantian shift, terdapat waktu yang cukup untuk bertukar informasi kunci untuk setiap pasien.	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
44	Manajemen klinik/puskesmas tertarik pada aspek keselamatan pasien hanya setelah kejadian tidak diharapkan terjadi.	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
45	Unit-unit di klinik/puskesmas bekerja sama untuk menyediakan layanan terbaik untuk pasien. (Layanan terbaik yang dimaksud adalah pelayanan yang sesuai standard prosedur suatu pelayanan di faskes)	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju

		6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____
46	Saat proses penyerahan pasien dari satu unit ke unit lain, sering kali ada informasi penting yang tidak tersampaikan/tertinggal	1. Sangat Tidak Setuju 2. Tidak Setuju 3. Netral 4. Setuju 5. Sangat Setuju 6. Tidak Berlaku/Tidak Tahu, Sebutkan Alasan _____

BAGIAN F: TINGKAT KESELAMATAN PASIEN

Pada BAGIAN F, Anda diminta untuk memberikan penilaian secara umum mengenai SEBERAPA BAIK tingkat keselamatan pasien di AREA/UNIT KERJA Anda, dari skala 0 sampai 100.

47. Untuk memberikan penilaian, lingkarilah salah satu angka berikut ini. Semakin besar angka yang Anda pilih, maka semakin baik tingkat keselamatan pasien di area/unit kerja Anda. Sebaliknya, semakin kecil angka yang Anda pilih, maka semakin buruk tingkat keselamatan pasien di area/unit kerja Anda.



48. Jika Anda memiliki pendapat mengenai keselamatan pasien, insiden, atau pelaporan insiden yang terjadi di FASKES, silakan tuliskan pada bagian yang disediakan berikut ini.