

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Patient Safety

1. Definisi *Patient Safety*

Keselamatan pasien adalah pasien bebas dari harm/cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari harm yang potensial akan terjadi (penyakit cedera fisik/sosial/psikologis, cacat, kematian dll) terkait pelayanan yang lebih aman. Termasuk di dalamnya asesmen resiko, identifikasi dan manajemen resiko terhadap pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta meminimalisir timbulnya resiko (Winarti, 2021). *patient safety* adalah menghindari cedera atau bebas dari cedera pada pasien akibat kesalahan pengobatan atau perawatan medis (Wulandari et al., 2022).

2. Sasaran *Patient Safety*

Di Indonesia secara luas fasilitas pelayanan kesehatan, sasaran keselamatan pasien berdasarkan *International Patient Safety Goals (IPSG)* yang terdiri dari:

a. Ketepatan identifikasi pasien

Sebuah kesalahan karena salah pasien biasanya terjadi di semua bagian pengobatan. Kondisi yang dapat menyebabkan kesalahan dalam mengenali pasien karena sebagian besar pasien berada pada kondisi yang tidak

kooperatif kondisi pasien yang masih dalam keadaan terbius, bingung, tidak sepenuhnya sadar; atau karena bertukar tempat tidur, atau kamar, area di kantor atau ruangan pelayanan medis; mungkin juga pasien yang memiliki cacat nyata; atau karena kondisi yang berbeda (Wulandari et al., 2022).

b. Peningkatan komunikasi efektif

Korespondensi atau komunikasi yang berhasil, tepat, lengkap, jelas, dan dapat dibenarkan oleh penerima, akan mengurangi kesalahan, dan menghasilkan keamanan pasien yang lebih luas. Korespondensi atau komunikasi dapat di laksanakan secara elektronik, verbal, atau direkam sebagai hard copy. Surat menyurat yang sering mengalami blunder adalah perintah yang diberikan secara lisan dan diberikan melalui telepon, jika diizinkan atau di perbolehkan oleh peraturan. Satu lagi jenis korespondensi atau komunikasi yang sering melakukan kesalahan adalah saat mengumumkan kembali hasil asesmen dasar, misalnya lab klinis menghubungi atau memanggil unit bantuan pasien untuk segera melaporkan konsekuensi asesmen atau CITO. Kantor layanan medis secara kooperatif mengembangkan strategi atau teknik untuk perintah lisan maupun melalui telepon termasuk: menyusun atau masuk ke PC atau komputer menyelesaikan permintaan atau konsekuensi penilaian oleh penerima data; penerima memahami kembali (membaca kembali) permintaan atau hasil pemeriksaan; dan menegaskan bahwa apa yang disusun dan diulang adalah tepat. Obat yang merupakan obat

NORUM/LASA harus dieja ulang. Pendekatan atau strategi membedakan pilihan yang diperbolehkan jika proses read back berada di luar jangkauan kemungkinan, misalnya di ruang kerja dan dalam keadaan krisis/krisis di Trauma center atau Unit Gawat Darurat (Wulandari et al., 2022).

c. Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high alert medication*)

Jika obat penting untuk rencana perawatan pasien, pemberian yang sah sangat penting atau penting untuk menjamin kesejahteraan atau keselamatan pasien. Obat full alert adalah obat yang mempunyai tingkat penyebab blunder yang tinggi, obat penenang yang mempunyai resiko tinggi menimbulkan efek sekunder yang tidak diinginkan (hasil yang tidak diinginkan) serta obat yang sebanding/sama dalam pengucapan (Nama). Obat, jenis atau struktur dan pengucapan sama). Daftar obat-obatan yang benar-benar harus diketahui tersedia di *World Health Organization*, sering disebut dalam masalah keamanan obat yaitu konsentrat elektrolit (Wulandari et al., 2022).

d. Ketepatan lokasi, tepat prosedur dan tepat pasien

Salah area, salah strategi, salah memahami prosedur medis, adalah kejadian-kejadian menegangkan yang sering terjadi di ruang perawatan medis. Kesalahan-kesalahan ini disebabkan oleh komunikasi yang tidak efektif atau kurang antara individu-individu dari kelompok yang cermat, tidak adanya atau tidak termasuk pasien dalam pemeriksaan lokasi atau disebut penandaan lokasi, dan kekurangan metode untuk mengkonfirmasi

area lokasi. Terlebih lagi, evaluasi pasien yang kurang, survei catatan klinis yang tidak memadai, budaya yang tidak menjunjung tinggi komunikasi yang terbuka antara rekan kerja, masalah yang biasanya terkait dengan tulisan tangan yang tidak jelas dan penggunaan singkatan-singkatan yang sering kali menjadi variabel yang berkontribusi terjadinya kesalahan. Rumah Sakit perlu secara kooperatif mendorong adanya pengaturan atau kebijakan yang menarik dalam menghilangkan masalah yang mengkhawatirkan (Wulandari et al., 2022).

e. Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan

Penanggulangan penyakit serta pengendalian kontaminasi atau infeksi sulit bagi tenaga kesehatan dalam pengaturan layanan medis, dan biaya yang membengkak untuk mengelola kontaminasi atau infeksi terkait perawatan medis merupakan masalah mendesak utama bagi pasien serta pakar layanan medis. Penyakit merupakan hal yang normal dalam semua jenis perawatan medis termasuk infeksi saluran kemih yang berhubungan dengan masalah kateter, infeksi sistem sirkulasi dan pneumonia (sering dihubungkan dengan ventilasi mekanis). Masalah utama dari penyakit ini dan kontaminasi atau infeksi lainnya adalah kebersihan tangan atau cuci tangan. Aturan kebersihan tangan atau cuci tangan yang di pakai secara universal dapat diperoleh dari *World Health Association*, kantor layanan medis memiliki siklus kerja sama untuk mengembangkan strategi dan teknik yang menyesuaikan atau merangkul aturan kebersihan tangan atau

mencuci tangan yang diakui secara umum untuk menjalankan aturan ini di kantor layanan medis atau rumah sakit (Wulandari et al., 2022).

f. Mengurangi Resiko Pasien Cedera Karena Jatuh

Jumlah kejadian jatuh adalah bagian penting dari penyebab utama cedera pasien di ruang rawat inap. Berkenaan dengan populasi atau wilayah yang dilayani, administrasi, dan rumah sakit, rumah sakit perlu sesekali menilai resiko pasien jatuh dan harus mengambil tindakan untuk mengurangi risiko cedera jika pasien jatuh. Penilaian atau hasil riwayat masa lalu pasien jatuh, obat-obatan dan survei penggunaan obat-obatan dan minuman keras, serta gaya atau cara dan langkah dan keseimbangan pasien, serta bantuan berjalan yang cocok untuk digunakan oleh pasien. Program ini diharapkan dapat menyaring secara tepat efek samping yang direncanakan atau cara-cara yang harus diambil untuk mengurangi jatuh. Misalnya penggunaan perangkat atau alat penghalang yang tidak tepat atau pembatasan pemasukan cairan yang dapat menyebabkan cedera, gangguan aliran, atau elastisitas kulit yang terhambat. Program seperti ini seharusnya dilakukan di Rumah sakit atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya (Wulandari et al., 2022).

3. Tujuan Program *Patient Safety*

Menurut Wulandari et al (2022), tujuan dari program keselamatan pasien di rumah sakit sebagai berikut:

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit
- b. Meningkatkan akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.
- c. Menurunnya kejadian yang tidak diharapkan di rumah sakit
- d. Terlaksananya program pencegahan yang mengakibatkan tidak terjadinya pengulangan kejadian tidak diharapkan.

4. Insiden *Patient Safety*

Kejadian atau insiden dicitrakan sebagai kejadian dan kondisi yang tidak terduga yang mengakibatkan atau mungkin dapat menyebabkan cedera yang dapat dicegah pada pasien. Beberapa pemahaman tentang kejadian keselamatan pasien antara lain (Wulandari et al., 2022):

- a. Kejadian Tidak Diharapkan (KTD)

Kejadian Tidak Diharapkan yaitu insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.

- b. Kejadian Nyaris Cedera (KNC)

Kejadian Nyaris Cedera adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien

- c. Kejadian Tidak Cedera (KTC)

Kejadian Tidak Cedera mempunyai arti insiden yang sudah terpapar ke pasien, akan tetapi tidak timbul cedera.

d. Kejadian Potensial Cedera (KPC)

Kejadiann Potensial Cedera adalah dimana kondisi yang sangat potensial untuk menimbulkan cedera, tetapi insiden belum terjadi

e. Kejadian Sentinel

Kejadian Sentinel adalah suatu kejadian tidak di harapkan yang mengakibatkan kematian atau bisa juga cedera yang serius

5. Standar yang Mendukung *Patient Safety*

Mengingat masalah keselamatan pasien merupakan masalah yang perlu ditangani segera di fasilitas pelayanan kesehatan Indonesia maka diperlukan standar keselamatan pasien fasilitas pelayanan kesehatan yang merupakan acuan bagi fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia melaksanakan kegiatannya. Standar Keselamatan Pasien wajib diterapkan fasilitas pelayanan kesehatan dan penilaiannya menggunakan Instrumen Akreditasi. (Permenkes RI Nomor 11, 2017) Standar Keselamatan Pasien tersebut terdiri dari tujuh standar yaitu (Winarti, 2021):

a. Hak Pasien

1) Standar :

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya insiden

2) Kriteria :

a) Harus ada dokter penanggung jawab pelayanan

- b) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib membuat rencana pelayanan
- c) Dokter penanggung jawab pelayanan wajib memberikan penjelasan secara jelas dan benar kepada pasien dan keluarganya tentang rencana dan hasil pelayanan, pengobatan atau prosedur untuk pasien termasuk kemungkinan terjadinya insiden.

Menurut Undang Undang No. 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pada pasal 32, ada 18 hak pasien yang harus diketahui, Hak hak ini adalah sebagai berikut:

- 1) Memperoleh informasi mengenai tata tertib dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit
- 2) Memperoleh informasi tentang hak dan kewajiban pasien
- 3) Memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur dan tanpa diskriminasi
- 4) Memperoleh layanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan standar profesi dan standar prosedur operasional
- 5) Memperoleh layanan yang efektif dan efisien sehingga pasien terhindar dari kerugian fisik dan materi
- 6) Mengajukan pengaduan atas kualitas pelayanan yang didapatkan
- 7) Memilih dokter dan kelas perawatan sesuai dengan keinginannya dan peraturan yang berlaku di Rumah Sakit

- 8) Meminta konsultasi tentang penyakit yang dideritanya kepada dokter lain yang mempunyai Surat Ijin Praktek (SIP) baik didalam maupun diluar Rumah Sakit
- 9) Melaporkan Privasi dan kerahasiaan penyakit yang diderita termasuk data – data medisnya
- 10) Mendapat informasi yang meliputi diagnosis dan tata cara tindakan medis, tujuan tindakan medis, alternative tindakan, risiko dan komplikasi yang mungkin terjadi, dan prognosis terhadap tindakan yang dilakukan serta perkiraan biaya pengobatan.
- 11) Memberikan persetujuan atau menolak atas tindakan yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan terhadap penyakit yang dideritanya.
- 12) Didampingi keluarganya dalam keadaan kritis 13. Menjalankan ibadah sesuai agama atas kepercayaan yang dianutnya selama hal itu tidak mengganggu pasien lainnya
- 13) Memperoleh kemandirian dan keselamatan dirinya selama dalam perawatan di Rumah Sakit
- 14) Mengajukan usul, perbaikan atas perlakuan Rumah Sakit terhadap dirinya
- 15) Menolak pelayanan bimbingan rohani yang tidak sesuai dengan agama dan kepercayaan yang dialaminya

16) Menggugat dan atau menuntut Rumah Sakit apabila Rumah Sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata dan pidana

17) Mengeluhkan pelayanan Rumah Sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

b. Pendidikan bagi pasien dan keluarga

1) Standar

Fasilitas pelayanan kesehatan harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien

2) Kriteria

Keselamatan dalam pemberian pelayanan dapat ditingkatkan dengan keterlibatan pasien yang merupakan partner dalam proses pelayanan. Karena itu, di fasilitas pelayanan kesehatan harus ada sistem dan mekanisme mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien. Dengan pendidikan tersebut diharapkan pasien dan keluarga dapat :

- a) Memberikan informasi yang benar, jelas, lengkap dan jujur
- b) Mengetahui kewajiban dan tanggung jawab pasien dan keluarga
- c) Mengajukan pertanyaan-pertanyaan untuk hal yang tidak dimengerti
- d) Memahami dan menerima konsekuensi pelayanan

- e) Mematuhi instruksi dan menghormati peraturan fasilitas pelayanan kesehatan
 - f) Memperlihatkan sikap menghormati dan tenggang rasa
 - g) Memenuhi kewajiban finansial yang disepakati
- c. Keselamatan pasien dalam kesinambungan pelayanan
- 1) Standar

Fasilitas pelayanan kesehatan menjamin keselamatan pasien dalam kesinambungan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan
 - 2) Kriteria
 - a) Terdapat koordinasi pelayanan secara menyeluruh mulai dari saat pasien masuk, pemeriksaan, diagnosis, perencanaan pelayanan, tindakan pengobatan, rujukan dan saat pasien keluar dari fasilitas pelayanan kesehatan.
 - b) Terdapat koordinasi pelayanan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan kelayakan sumber daya secara berkesinambungan sehingga pada seluruh tahap pelayanan transisi anatar unit pelayanan dapat berjalan baik dan lancar.
 - c) Terdapat koordinasi pelayanan yang mencakup peningkatan komunikasi untuk memfasilitasi dukungan keluarga, pelayanan keperawatan, pelayanan social, konsultasi dan rujukan, pelayanan kesehatan primer dan tindaklanjut lainnya.

- d) Terdapat komunikasi dan transfer informasi antar profesi kesehatan sehingga dapat tercapainya proses koordinasi tanpa hambatan, aman dan efektif.
- d. Penggunaan metode peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan peningkatan keselamatan pasien
- 1) Standar

Fasilitas pelayanan kesehatan harus mendesain proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif insiden, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien
 - 2) Kriteria
 - a) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan proses perancangan (desain) yang baik, mengacu pada visi, misi, dan tujuan fasilitas pelayanan kesehatan, kebutuhan pasien, petugas pelayanan kesehatan, kaidah klinis terkini, praktik bisnis yang sehat, dan faktor-faktor lain yang berpotensi resiko bagi pasien sesuai dengan “Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.
 - b) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan pengumpulan data kinerja yang antara lain terkait dengan: pelaporan insiden, akreditasi, manajemen resiko, utilisasi, mutu pelayanan, keuangan.

- c) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melakukan evaluasi intensif terkait dengan semua insiden, dan secara proaktif melakukan evaluasi satu proses kasus resiko tinggi.
 - d) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menggunakan semua data dan informasi hasil analisis untuk menentukan perubahan sistem yang diperlukan, agar kinerja dan keselamatan pasien terjamin.
- e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien
- 1) Standar
 - a) Pimpinan mendorong dan menjamin implementasi program keselamatan pasien secara terintegrasi dalam organisasi melalui penerapan “ Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien”.
 - b) Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi insiden.
 - c) Pimpinan mendorong dan menumbuhkan komunikasi dan koordinasi antar unit dan individu berkaitan dengan pengambilan keputusan tentang keselamatan pasien
 - d) Pimpinan mengalokasikan sumber daya yang adekuat untuk mengukur, mengkaji, dan meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan serta meningkatkan keselamatan pasien

- e) Pimpinan mengukur dan mengkaji efektifitas kontribusinya dalam meningkatkan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.

2) Kriteria

- a) Terdapat tim antar disiplin untuk mengelola program keselamatan pasien
- b) Tersedia program proaktif untuk identifikasi resiko keselamatan dan program meminimalkan insiden
- c) Tersedia mekanisme kerja untuk menjamin bahwa semua komponen dari fasilitas pelayanan kesehatan terintegrasi dan berpartisipasi dalam program keselamatan pasien
- d) Tersedia prosedur “ cepat tanggap”terhadap insiden, termasuk asuhan kepada pasien yang terkena musibah, membatasi risiko pada orang lain dan penyampaian informasi yang benar dan jelas untuk keperluan analisis
- e) Tersedia mekanisme pelaporan internal dan eksternal berkaitan dengan insiden termasuk penyediaan informasi yang benar dan jelas tentang Analisis Akar Masalah “ Kejadian Nyaris Cedera “ (KNC/ *Near Miss*) dan “ Kejadian Sentinel “ pada saat program keselamatan pasien mulai dilaksanakan.
- f) Tersedia mekanisme untuk menangani berbagai jenis insiden, misalnya menangani” Kejadian Sentinel “(*Sentinel Event*) atau

kegiatan proaktif untuk memperkecil risiko, termasuk mekanisme untuk mendukung staf dalam kaitan dengan “Kejadian Sentinel”.

- g) Terdapat kolaborasi dan komunikasi terbuka secara sukarela antar unit dan antar pengelola pelayanan di dalam fasilitas pelayanan kesehatan dengan pendekatan antar disiplin.
- h) Tersedia sumber daya dan sistem informasi yang dibutuhkan dalam kegiatan perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan perbaikan keselamatan pasien, termasuk evaluasi berkala terhadap kecukupan sumber daya tersebut.
- i) Tersedia sasaran terukur, dan pengumpulan informasi menggunakan kriteria objektif untuk mengevaluasi efektifitas perbaikan kinerja fasilitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien, termasuk rencana tindak lanjut dan implementasinya.

f. Pendidikan bagi staf tentang keselamatan pasien

1) Standar

- a) Fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas .
- b) Fasilitas pelayanan kesehatan terutama rumah sakit menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan untuk meningkatkan dan memelihara kompetensi staf serta mendukung pendekatan interdisipliner dalam pelayanan pasien.

2) Kriteria

- a) Setiap fasilitas kesehatan terutama rumah sakit harus memiliki program pendidikan, pelatihan dan orientasi bagi staf baru yang memuat topic keselamatan pasien sesuai dengan tugasnya masing masing.
- b) Setiap fasilitas pelayanan terutama rumah sakit harus mengintegrasikan pasien dalam setiap kegiatan *in-service training* dan memberi pedoman pelaporan insiden
- c) Setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan pelatihan tentang kerjasama kelompok (*teamwork*) guna mendukung pendekatan interdisipliner dan kolaboratif dalam rangka melayani pasien

g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

1) Standar

- a) Fasilitas pelayanan kesehatan merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal
- b) Transmisi data dan informasi harus tepat waktu dan akurat

2) Kriteria

- a) Perlu disediakan anggaran untuk merencanakan dan mendesain proses manajemen untuk memperoleh data dan informasi tentang hal hal terkait dengan keselamatan pasien

- b) Tersedia mekanisme identifikasi masalah dan kendala komunikasi untuk merevisi manajemen informasi yang ada.

6. Langkah Pelaksanaan Keselamatan Pasien

Pelaksanaan keselamatan pasien membutuhkan serangkaian langkah yang terhimpun dalam Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Rancangan kegiatan tersebut harus mengacu pada visi, misi, tujuan rumah sakit, kebutuhan pasien, kaidah klinis serta faktor lainnya. Dalam bab ini akan dibahas terkait dengan Tujuh Langkah Pelaksanaan Kesehatan Pasien yang sesuai dengan Permenkes Nomor 1691 Tahun 2011 tentang Keselamatan Pasien Rumah Sakit (Wulandari et al., 2022).

a. Membangun Kesadaran Akan Nilai Keselamatan Pasien

Tujuan langkah pertama adalah menciptakan kepemimpinan dan budaya yang terbuka dan adil. Langkah penerapannya antara lain:

1) Bagi Rumah Sakit

Rumah sakit harus mempunyai kebijakan dan peraturan yang mengatur tentang insiden yang terjadi di rumah sakit meliputi; tindakan awal yang dilakukan, langkah pengumpulan data, fakta lapangan dan dukungan/tindak lanjut pada staf, pasien dan keluarga.

- a) Pastikan rumah sakit Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang menjabarkan peran dan akuntabilitas individual bilamana ada insiden

- (1) Akuntabilitas individu diartikan sebagai kewajiban pihak untuk memberikan pertanggungjawaban berupa menyajikan, melaporkan, dan mengungkapkan segala kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya kepada pemberi tanggung jawab (pimpinan).
 - (2) Adanya deskripsi tentang peran dan kesadaran pribadi atas tanggung jawab tentang keselamatan pasien akan mendorong terlaksananya Keselamatan Pasien.
- b) Tumbuhkan budaya pelaporan dan belajar dari insiden yang terjadi di rumah sakit
- c) Lakukan asesmen dengan menggunakan survei penilaian keselamatan pasien
- (1) Terdapat tiga instrumen yang sering digunakan dalam pengukuran budaya keselamatan pasien antara lain; *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, *Manchester Patient Safety Assessment Framework (MaPSaF)* dan *Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)*
 - (2) HSOPSC merupakan instrumen untuk merencanakan, mengevaluasi program dan meningkatkan budaya keselamatan pasien.

- (3) Nilai lebih dari instrumen HSOPSC yaitu menilai budaya yang ada di tingkat terkecil yaitu individu, unit kerja sampai dengan institusi/ fasilitas tersebut.
- (4) Tiga area pengukuran pada instrumen ini adalah mengukur budaya keselamatan pasien di tingkat unit kerja, eksplorasi aspek budaya keselamatan pasien dan hasil budaya keselamatan pasien di rumah sakit. Sedangkan jumlah kuesioner yang ada adalah 12 dimensi.
- (5) MaPSaF merupakan instrumen untuk merefleksikan pengembangan budaya keselamatan pasien.
- (6) Kuesioner terdiri dari 10 dimensi pengukuran dan 24 aspek penerapan pengukuran kualitatif.
- (7) Keunggulan kuesioner adalah untuk mengeksplorasi tingkat kematangan budaya keselamatan pasien dengan kuesioner yang dikombinasikan dalam bentuk kualitatif.
- (8) Instrumen MaPSaF menggambarkan 4 tingkat kematangan budaya keselamatan pasien, yaitu patologis, reaktif, birokratis, proaktif dan generatif.
- (9) MaPSaF dapat dilakukan pada tingkat individu atau tim/unit di institusi pelayanan kesehatan

2) Bagi Tim/ Unit Keselamatan Pasien

a) Pastikan rekan sekerja anda merasa mampu untuk berbicara mengenai kepedulian mereka dan berani melaporkan bilamana ada insiden

(1) Semua jenis insiden yang terjadi di fasilitas kesehatan dilakukan pelaporan meliputi; Kejadian Nyaris Cedera / KNC (Near miss), Kejadian Tidak Cedera/KTC (No Harm), Kejadian Tidak diharapkan / KTD (Adverse Event) / Kejadian Sentinel (Sentinel Event).

(2) Semua insiden dilaporkan pada tim/ komite/ unit Keselamatan Pasien maksimal 2 x 24 jam.

b) Demonstrasikan kepada tim anda ukuran-ukuran yang dipakai di rumah sakit anda untuk memastikan semua laporan dibuat secara terbuka dan terjadi proses pembelajaran serta pelaksanaan tindakan/solusi yang tepat.

b. Memimpin dan Mendukung Staf

Membangun komitmen dan fokus yang kuat dan jelas tentang Keselamatan Pasien di rumah sakit. Langkah penerapan antara lain:

1) Bagi Rumah Sakit

a) Pastikan ada anggota Direksi atau Pimpinan yang bertanggung jawab atas Keselamatan Pasien

- b) Identifikasi di tiap bagian rumah sakit, orang-orang yang dapat diandalkan untuk menjadi “penggerak” dalam gerakan Keselamatan Pasien
 - c) Prioritaskan Keselamatan Pasien dalam agenda rapat Direksi/Pimpinan maupun rapat-rapat manajemen rumah sakit
 - d) Masukkan Keselamatan Pasien dalam semua program latihan staf rumah sakit anda dan pastikan pelatihan ini diikuti dan diukur efektivitasnya
- 2) Bagi Tim/Unit Keselamatan Pasien
- 1) Nominasikan “penggerak” dalam tim anda sendiri untuk memimpin Gerakan Keselamatan Pasien
 - 2) Jelaskan kepada tim anda relevansi dan pentingnya serta manfaat bagi mereka dengan menjalankan gerakan Keselamatan Pasien
 - 3) Tumbuhkan sikap ksatria yang menghargai pelaporan insiden
- c. Mengintegrasikan Aktivitas Pengelolaan Risiko
- Mengembangkan sistem dan proses pengelolaan risiko, serta lakukan identifikasi dan asesmen hal yang potensial bermasalah. Langkah penerapan berupa:
- 1) Bagi rumah sakit
 - a) Telaah kembali struktur dan proses yang ada dalam manajemen risiko klinis dan nonklinis, serta pastikan hal tersebut mencakup dan terintegrasi dengan Keselamatan Pasien dan staf;

- b) Kembangkan indikator-indikator kinerja bagi sistem pengelolaan risiko yang dapat dimonitor oleh direksi/pimpinan rumah sakit;
 - c) Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan insiden dan asesmen risiko untuk dapat secara proaktif meningkatkan kepedulian terhadap pasien.
- 2) Bagi tim/Unit Keselamatan Pasien
- a) Bentuk forum-forum dalam rumah sakit untuk mendiskusikan isu–isu Keselamatan Pasien guna memberikan umpan balik kepada manajemen yang terkait
 - b) Pastikan ada penilaian risiko pada individu pasien dalam proses asesmen risiko rumah sakit
 - c) Lakukan proses asesmen risiko secara teratur, untuk menentukan akseptabilitas setiap risiko, dan ambillah langkah-langkah yang tepat untuk memperkecil risiko tersebut
 - d) Pastikan penilaian risiko tersebut disampaikan sebagai masukan ke proses asesmen dan pencatatan risiko rumah sakit.

d. Mengembangkan Sistem Pelaporan

Mengembangkan cara-cara komunikasi yang terbuka dengan pasien.

Langkah penerapan :

1) Bagi Rumah Sakit

- a) Pastikan rumah sakit memiliki kebijakan yang secara jelas menjabarkan cara-cara komunikasi terbuka selama proses asuhan tentang insiden dengan para pasien dan keluarganya.
- b) Pastikan pasien dan keluarga mereka mendapat informasi yang benar dan jelas bilamana terjadi insiden.
- c) Berikan dukungan, pelatihan dan dorongan semangat kepada staf agar selalu terbuka kepada pasien dan keluarganya.

2) Bagi Tim/Unit Keselamatan Pasien

- a) Pastikan tim anda menghargai dan mendukung keterlibatan pasien dan keluarganya bila telah terjadi insiden.
- b) Prioritaskan pemberitahuan kepada pasien dan keluarga bilamana terjadi insiden, dan segera berikan kepada mereka informasi yang jelas dan benar secara tepat
- c) Pastikan, segera setelah kejadian, tim menunjukkan empati kepada pasien dan keluarganya.

e. Belajar dan Berbagi Pengalaman Tentang Keselamatan Pasien

Mendorong staf untuk melakukan analisis akar masalah untuk belajar bagaimana dan mengapa kejadian itu timbul. Langkah penerapan :

1) Bagi Rumah Sakit

- a) Pastikan staf yang terkait telah terlatih untuk melakukan kajian insiden secara tepat, yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi penyebab.
- b) Kembangkan kebijakan yang menjabarkan dengan jelas criteria pelaksanaan Analisis Akar Masalah (*root cause analysis/RCA*) yang mencakup insiden yang terjadi dan minimum satu kali per tahun melakukan *Failure Modes and Effects Analysis (FMEA)* untuk proses risiko tinggi

2) Bagi tim/ Unit Keselamatan Pasien

- a) Diskusikan dalam tim anda pengalaman dari hasil analisis insiden.
- b) Identifikasi unit atau bagian lain yang mungkin terkena dampak di masa depan dan bagilah pengalaman tersebut secara lebih luas

f. Mencegah Cedera Melalui Implementasi Sistem Keselamatan Pasien

Menggunakan informasi yang ada tentang kejadian/masalah untuk melakukan perubahan pada sistem pelayanan. Langkah penerapan :

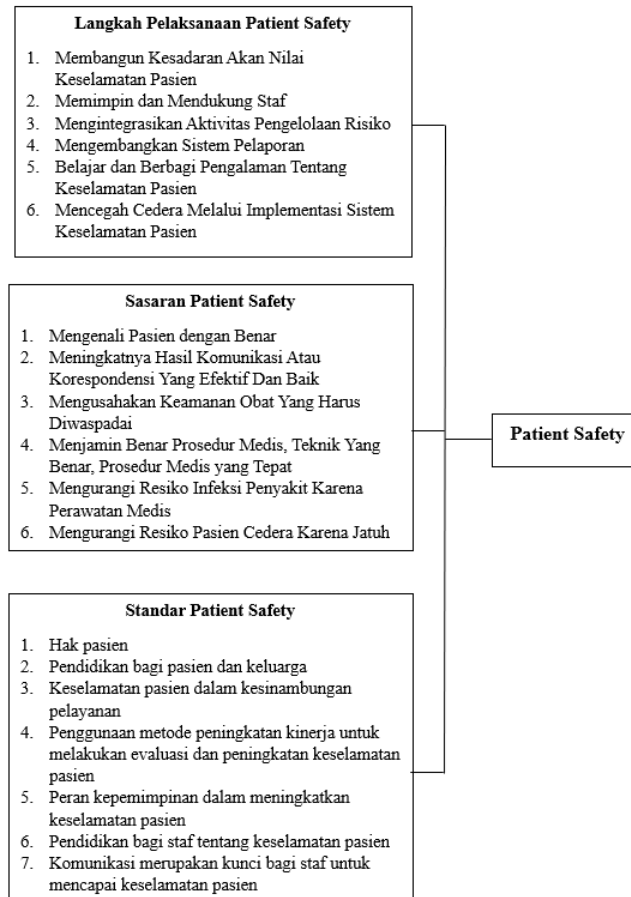
1) Bagi Rumah Sakit

- a) Gunakan informasi yang benar dan jelas yang diperoleh dari sistem pelaporan, asesmen risiko, kajian insiden, dan audit serta analisis, untuk menentukan solusi setempat.
- b) Solusi tersebut dapat mencakup penjabaran ulang sistem (struktur dan proses), penyesuaian pelatihan staf dan/atau kegiatan klinis,

termasuk penggunaan instrumen yang menjamin keselamatan pasien.

- c) Lakukan asesmen risiko untuk setiap perubahan yang direncanakan.
 - d) Sosialisasikan solusi yang dikembangkan oleh Komite Nasional Keselamatan Pasien Rumah Sakit.
 - e) Beri umpan balik kepada staf tentang setiap tindakan yang diambil atas insiden yang dilaporkan.
- 2) Bagi Tim/ Unit Keselamatan Pasien
- a) Libatkan tim anda dalam mengembangkan berbagai cara untuk membuat asuhan pasien menjadi lebih baik dan lebih aman.
 - b) Telaah kembali perubahan-perubahan yang dibuat tim anda dan pastikan pelaksanaannya.
 - c) Pastikan tim anda menerima umpan balik atas setiap tindak lanjut tentang insiden yang dilaporkan.

B. Kerangka Teori



Skema 2.1 Kerangka Teori

Sumber: (Wulandari et al., 2022)