Pedoman

**Survei Budaya Keselamatan Pasien Rumah Sakit**

Budaya keselamatan pasien adalah persepsi yang dibagikan di antara anggota organisasi yang ditujukan untuk melindungi pasien dari kesalahan tata laksana maupun cedera akibat intervensi. Budaya ini kemudian mempengaruhi keyakinan dan tindakan individu dalam memberikan pelayanan. Budaya keselamatan pasien merupakan bagian penting dalam keseluruhan budaya organisasi yang diperlukan dalam institusi kesehatan.

Budaya keselamatan didefinisikan sebagai seperangkat keyakinan, norma, perilkau, peran dan praktek social maupun teknis dalam meminimalkan pajanan yang membahayakan atau mencelakakan karyawan, manajeme, paisen atau anggota masyarakat lainnya. Budaya keselamatan pasien merupakan suatu hal yang penting karena membangun budaya keselamatan pasien merupakan suatu cara untuk membangun program keselamatan pasien secara keseluruhan, karena apabila kita lebih fokus pada budaya keselamatan pasien maka akan lebih menghasilkan keselamatan yang lebih apabila dibandingkan hanya dengan memfokuskan programnya saja.

Kesalahan medis sangat jarang disebabkan oleh faktor manusia secara individu, namun lebih banyak disebabkan karena kesalahan sIstem di rumah sakit yang mengakibatkan ranta-rantai system terputus. Manfaat budaya keselamatan pasien antara lain :

1. Organisasi lebih tahu jika ada kesalahan yang akan terjadi atau jika kesalahan telah terjadi
2. Meningkatnya laporan kejadian yang dibuat dan belajar dari kesalahan yang terjadi akan berpotensi menurunnya kejadian yang sama yang berulang kembali dan keparahan dari keselamatan pasien.
3. Kesadarana akan keselamatan pasien, yaitu bekerja untuk mencegah error dan melaporkan jika ada kesalahan.
4. Berkuranagnya perawat yang merasa tertekan, bersalah, malu karena kesalahan yang telah diperbuat.
5. Berkurangnya turn over pasien, karena pasie yang mengalami perpanjangan hari perawatan dan pengobatan yang diberikan lebih dari pengobatan yang seharusnya diterima pasien
6. Mengurangi biaya yang diakibatkan oleh kesalahan dan penambahan terapi
7. Mengurnagi sumber daya yang dibutuhkan dalam menangani keluhan pasien

Pada tahun 2004 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) suatu komite untuk kualitas kesehatan di Amerika meluncurkan Hospital survey on Patient Safety Culture (HSPC) yang merupakan sebuah survey bagi seluruh staf rumah sakit yang didesain untuk membatu rumah skait menilai budaya keselamatan pasien di institusinya. Sejak saat itu 100 RS di Amerika telah mengimplementasi survey ini. HSPC mengukur budaya keselamatan pasien dari segi perspektif staf rumah skait.

Survey ini dapat mengukur budaya keselamatan pasien untuk seluruh staf rumah sakit. AHRQ menilai budaya keselamatan pasien berdasarkan 3 aspek yang dibagi ke dalam 12 dimensi, yaitu :

1. **Tingkat unit**, terdiri atas dimensi :
   1. Supervisor/manager action promotion safety
   2. Organization learning
   3. Kerja sama dalam unit di Rumah sakit
   4. Komunikasi terbuka
   5. Umpan balik dan komunikasi mengenai kesalahan
   6. Respon tidak menyalahkan terhadap kesalahan (respon non-punitive)
   7. Staffing
2. **Tingkat rumah sakit**, terdiri atas dimensi :
   1. Dukungan manajemen terhadap upaya keselamatan pasien
   2. Kerja sama antar unit di rumah skait
   3. Hands off/perpindahan dan transisi pasien
3. **Keluaran**, terdiri atas dimensi :
   1. Persepsi keseluruhan staf di rumah skait terkait keselamatan pasien
   2. Frekuensi pelaporan kejadian

Distribusi pernyataan positif dan negative pada kuesioner

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Dimensi** | **No pernyataan** | | **Total** |
| **positif** | **negatif** |  |
| 1 | Kerja sama dalam unit | A1, A3, A4, A11 | - | 4 |
| 2 | Harapan dan tindakan manajer dalam mempromosikan patient safety | B1, B2 | B3, B4 | 4 |
| 3 | Organizational learning | A6, A9, A13 | - | 3 |
| 4 | Dukungan manajemen terhadap patient safety | F1, F8 | F9 | 3 |
| 5 | Persepsi perawat terhadap patient safety | A15, A18 | A10, A17 | 4 |
| 6 | Umpan balik dan komunikasi terhadap kesalahan | C1, C3, C5 | - | 3 |
| 7 | Komunikasi terbuka | C2, C4 | C6 | 3 |
| 8 | Frekuensi pelaporan kejadian | D1, D2, D3 | - | 3 |
| 9 | Kerja sama antar unit | F4, F10 | F2, F6 | 4 |
| 10 | Staffing | A2 | A5, A7, A14 | 4 |
| 11 | Handsoff dan transisi | - | F3, F5, F7, F11 | 4 |
| 12 | Respon non punitive terhadap kesalahan | - | A8, A12, A16 | 3 |
|  | Total pernyataan |  |  | 42 |

Analisis data kuantitatif dilakukan dengan metode statistic deskriptif kuantitatif. Setelah dilakukan pengolahan data, dilakukan pengklasifikasian data yaitu membagi jawaban dari responden pada setiap pernyataan dalam satu dimensi menjadi 2 kategori, yaitu respon positif dan respon negative.

Respon positif adalah jawaban responden berupa setuju/sering dan sangat setuju/selalu pada pernyataan positif dan jawaban negative berupa tidak setuju/jarang dan sangat tidak setuju/tidak pernah pada pernyataan negative. Respon negative yang merupakan kebalikan dari respon positif adalah jawaban responden berupa setuju/sering dan sangat setuju/selalu pada pernyataan negative dan jawaban tidak setuju/jarang dan sangat tidak setuju/tidak pernah pada pernyataan positif.

Budaya keselamatan pasien diklasifikasikan menjadi 3 klasifikasi berdasarkan pedoman pada Hospital Survey on Patient Safety Culture, yaitu:

* KUAT apabila respon positif sebesar ≥ 75%
* SEDANG apabila respon positif 50% - 75%
* LEMAH apabila respon positif kurang dari 50%.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kerja sama dalam unit** | | | | |
| **No.** | **Aspek yang ditanyakan** | **Respon positif** | **Respon negatif** | **Total** |
| A1 | Karyawan di unit kami saling mendukung |  |  |  |
| A3 | Bila unit kami ada pekerjaan dan harus dilakukan dalam waktu cepat, maka karyawan di unit kami bekerja bersama-sama sebagai tim untuk menyelesaikan pekerjaan tersebut |  |  |  |
| A4 | Petugas di unit kami saling menghargai |  |  |  |
| A11 | Bila area di unit kami sibuk, maka area lain dari unit kami akan membantu |  |  |  |
|  | **Total** |  |  |  |
|  | **Persentase** |  |  |  |
| **Harapan dan tindakan manajer dalam mempromosikan patient safety** | | | | |
| B1 | Manajer/supervisor di unit kami memberi pujian jika melihat pekerjaan diselesaikan sesuai prosedur keselamatan pasien |  |  |  |
| B2 | Manajer/supervisor dengan serius mempertimbangkan masukan staf untuk meningkatkan keselamatan pasien |  |  |  |
| B3 | Bila beban kerja tinggi, manajer/supervisor kami meminta kami bekerja cepat meski dengan mengambil jalan pintas |  |  |  |
| B4 | Manajer/supervisor kami selalu membesar-besarkan masalah keselamatan pasien yang terjadi di unit kami |  |  |  |
|  | **Total** |  |  |  |
|  | **Persentase** |  |  |  |
| **Organizational learning** | | | | |
| A6 | Unit kami aktif melakukan kegiatan untuk meningkatkan keselamatan pasien |  |  |  |
| A9 | Di unit kami, kesalahan yang terjadi digunakan untuk membuat perubahan kearah yang positif |  |  |  |
| A13 | Untuk meningkatkan keselamatan pasien unit kami melakukan evaluasi terhadap perubahan-perubahan/per baikan-perbaikan yang dilakukan |  |  |  |
|  | **Total** |  |  |  |
|  | **Persentase** |  |  |  |
| **Dukungan manajemen terhadap patient safety** | | | | |
| F1 | Manajemen rumah sakit membuat suasana kerja yang mendukung keselamatan pasien |  |  |  |
| F8 | Tindakan manajemen RS menunjukkan bahwa keselamatan pasien merupakan prioritas utama |  |  |  |
| F9 | Manajemen RS hanya tertarik pada keselamatan pasien hanya bila terjadi KTD (Kejadian yang Tidak Diinginkan) |  |  |  |
|  | **Total** |  |  |  |
|  | **Persentase** |  |  |  |
| **Persepsi karyawan terhadap patient safety** | | | | |
| A15 | Unit kami tidak pernah mengorbankan keselamatan pasien untuk menyelesaikan tugas lebih |  |  |  |
| A18 | Prosedur dan system di unit kami sudah baik dalam mencegah insiden/error |  |  |  |
| A10 | Merupakan keberuntungan bila insiden yang lebih serius tidak terjadi di unit kami |  |  |  |
| A17 | Di unit kami banyak masalah keselamatan pasien |  |  |  |
|  | **Total** |  |  |  |
|  | **Persentase** |  |  |  |
| **Umpan balik dan komunikasi terhadap kesalahan** | | | | |
| C1 | Karyawan di unit kami mendapat umpan balik mengenai perubahan yang dilaksanakan berdasarkan laporan insiden |  |  |  |
| C3 | Karyawan di unit kami mendapat informasi mengenai insiden yang terjadi di unit |  |  |  |
| C5 | Di unit kami, didiskusikan cara mencegah agar insiden tidak terulang kembali |  |  |  |
|  | **Total** |  |  |  |
|  | **Persentase** |  |  |  |
| **Komunikasi terbuka** | | | | |
| C2 | Karyawan di unit kami bebas berbicara jika melihat sesuatu yang dapat berdampak negatif pada pelayanan pasien |  |  |  |
| C4 | Karyawan di unit kami dapat mempertanyakan keputusan atau tindakan yang diambil oleh atasannya |  |  |  |
| C6 | Karyawan di unit kami takut bertanya jika terjadi hal yang tidak benar |  |  |  |
|  | **Total** |  |  |  |
|  | **Persentase** |  |  |  |
| **Frekuensi pelaporan kejadian** | | | | |
| D1 | Bila terjadi kesalahan, tetapi sempat diketahui dan dikoreksi sebelum berdampak pada pasien, seberapa sering hal ini dilaporkan? (mitigasi) |  |  |  |
| D2 | Bila terjadi kesalahan, tetapi berpotensi mencelakai pasien, seberapa sering hal ini dilaporkan? (cegah) |  |  |  |
| D3 | Bila terjadi kesalahan, dan harusnya mencederai pasien tetapi ternyata tidak terjadi cedera, seberapa sering hal ini dilaporkan? (untung) |  |  |  |
|  | **Total** |  |  |  |
|  | **Persentase** |  |  |  |
| **Kerja sama antar unit** | | | | |
| F4 | Terdapat kerjasama yang baik antar unit di RS untuk menyelesaikan pekerjaan bersama |  |  |  |
| F10 | Unit-unit di RS bekerjasama dengan baik untuk memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasien |  |  |  |
| F2 | Di RS kami, unit satu dengan unit yang lain tidak berkoordinasi dengan baik |  |  |  |
| F6 | Sering sangat tidak menyenangkan bekerja dengan staf di unit lain di RS ini |  |  |  |
|  | **Total** |  |  |  |
|  | **Persentase** |  |  |  |
| **Staffing** | | | | |
| A2 | Unit kami tidak memiliki cukup staf untuk menangani beban kerja yang berlebih |  |  |  |
| A5 | Karyawan di unit kami bekerja lembur untuk keselamatan pasien |  |  |  |
| A7 | Unit kami banyak menggunakan tenaga honorer untuk kegiatan keselamatan pasien |  |  |  |
| A14 | Kami bekerja seolah-olah dalam keadaan “krisis”, mencoba/berusaha berbuat banyak dengan cepat |  |  |  |
|  | **Total** |  |  |  |
|  | **Persentase** |  |  |  |
| **Handsoff dan transisi** | | | | |
| F3 | Bila terjadi pemindahan pasien dari unit satu ke unit lain, pasti menimbulkan masalah terkait dengan informasi pasien |  |  |  |
| F5 | Informasi penting mengenai pelayanan pasien sering hilang saat pergantian jaga |  |  |  |
| F7 | Masalah selalu timbul dalam pertukaran informasi antar unit di RS |  |  |  |
| F11 | Pergantian *shift* merupakan masalah untuk pasien |  |  |  |
|  | **Total** |  |  |  |
|  | **Persentase** |  |  |  |
| **Respon non punitive terhadap kesalahan** | | | | |
| A8 | Karyawan unit kami sering merasa bahwa kesalahan yang mereka lakukan digunakan untuk menyalahkan mereka |  |  |  |
| A12 | Bila unit kami melaporkan suatu insiden, yang dibicarakan adalah pelakunya bukan masalahnya |  |  |  |
| A16 | Karyawan merasa khawatir kesalahan yang mereka buat akan dicatat di penilaian kinerja mereka |  |  |  |
|  | **Total** |  |  |  |
|  | **Persentase** |  |  |  |

**Rekapitulasi**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No** | **Dimensi** | **Respon** | | | **Persentase respon positif** | **Kategori budaya** |
| **positif** | **negatif** | **Jumlah** |
| 1 | Kerja sama dalam unit |  |  |  |  |  |
| 2 | Harapan dan tindakan manajer dalam mempromosikan patient safety |  |  |  |  |  |
| 3 | Organizational learning |  |  |  |  |  |
| 4 | Dukungan manajemen terhadap patient safety |  |  |  |  |  |
| 5 | Persepsi perawat terhadap patient safety |  |  |  |  |  |
| 6 | Umpan balik dan komunikasi terhadap kesalahan |  |  |  |  |  |
| 7 | Komunikasi terbuka |  |  |  |  |  |
| 8 | Frekuensi pelaporan kejadian |  |  |  |  |  |
| 9 | Kerja sama antar unit |  |  |  |  |  |
| 10 | Staffing |  |  |  |  |  |
| 11 | Handsoff dan transisi |  |  |  |  |  |
| 12 | Respon non punitive terhadap kesalahan |  |  |  |  |  |
|  | **Total** |  |  |  |  |  |
|  | **Persentase** |  |  |  |  |  |