

LAMPIRAN

Lampiran 1 Kuisisioner Penelitian

KUISISIONER PENELITIAN

Kepada Yth.

Bapak/Ibu/Saudara/i

Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I

Assalamualaikum wr.wb.

Salam hormat,

Saya, dr. Arum Astika Sari, mahasiswi program studi Magister Manajemen Rumah Sakit UMY akan mengadakan penelitian yang berjudul “Analisis Budaya Keselamatan Pasien dalam Upaya Penerapan Program Keselamatan Pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I”. Adapun penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat kematangan budaya keselamatan pasien yang terbangun dalam upaya pelaksanaan program keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit I.

Penelitian ini tidak akan menimbulkan hal yang merugikan bagi bapak/ibu/saudara/i sebagai responden. Informasi yang didapatkan akan dijamin kerahasiaannya dan hanya akan digunakan dalam kepentingan penelitian ini. Oleh karena itu, saya mohon agar bapak/ibu/saudara/i untuk menjawab pertanyaan ini dengan objektif dan sejujurnya sesuai dengan kondisi bapak/ibu/saudara/i.

Pernyataan dalam kuisisioner ini merupakan pernyataan-pernyataan yang menggambarkan kondisi umum pekerjaan bapak/ibu/saudara/i selama bekerja di rumah sakit sekarang ini. Atas kesediaan bapak/ibu/saudara/i untuk mengisi kuisisioner ini dengan lengkap dan jujur saya mengucapkan terimakasih.

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Saya yang bertandatangan di bawah ini bersedia untuk menjadi responden penelitian ini dan saya memahami dan menyadari bahwa penelitian ini bersifat rahasia dan tidak akan mempengaruhi atau mengakibatkan hal yang merugikan saya. Oleh karena itu, saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Yogyakarta, November 2016

Responden,

A. Identitas Responden

1. Usia :tahun
2. Jenis kelamin :
3. Jenis tenaga medis/non medis (sebutkan):
4. Masa kerja :
5. Tingkat pendidikan :
6. Sosialisasi *patient safety* : belum / sudah
7. Unit kerja :
 - UGD
 - Kamar bersalin
 - Kamar operasi
 - Ruang rawat inap
 - Poliklinik
 - Lainnya.....

B. Petunjuk Pengisian

1. Kuisisioner ini bertujuan untuk meminta pendapat anda tentang isu keselamatan pasien rumah sakit di unit kerja dan rumah sakit tempat anda bekerja. Untuk menyelesaikan seluruh pertanyaan dalam survei ini akan dibutuhkan kira-kira 15-20 menit.
2. Kuisisioner ini bukanlah tes dengan jawaban benar atau salah, yang terpenting anda menjawab dengan jujur sesuai pendapat dan kondisi anda.
Ada **10 Dimensi Budaya Keselamatan Pasien** yang dijelaskan oleh 5 kemungkinan situasi yang terjadi di unit anda. Mohon berikan tanda centang (✓) pada kotak pernyataan yang paling menggambarkan keadaan di unit anda. Bila anda bingung memutuskan antara 2 jawaban, jawablah mana yang **sesuai dengan kenyataan**, bukan jawaban yang menggambarkan situasi yang ingin anda raih.
3. Kami menjamin kerahasiaan jawaban bapak/ibu/saudara/i karena kuisisioner ini semata-mata

bertujuan untuk penelitian dan bukan untuk mengevaluasi kinerja anda.

4. Kuisisioner ini dapat digunakan dengan optimal apabila semua pertanyaan terjawab. Oleh karena itu mohon diteliti, apakah semua pertanyaan telah terjawab sebelum dikembalikan ke peneliti.

1. Komitmen menyeluruh terhadap perbaikan yang berkelanjutan

Aspek					
1.1 Komitmen untuk perbaikan	<input type="checkbox"/> Sudah terbentuk budaya untuk terus melakukan perbaikan yang berdampak dalam pengambilan keputusan.	<input type="checkbox"/> Rumah sakit mempunyai keinginan dan antusias yang besar untuk terus melakukan perbaikan.	<input type="checkbox"/> Staf yang berada di garis depan tidak dilibatkan dalam proses perbaikan. Perbaikan dilihat sebagai aktivitas manajemen semata.	<input type="checkbox"/> Perbaikan peningkatan mutu dibicarakan bila ada kasus.	<input type="checkbox"/> Tidak peduli dengan mutu pelayanan.
1.2 Kebijakan/SOP, keterlibatan pasien dan masyarakat	<input type="checkbox"/> Staf menyadari akan setiap kemungkinan atau risiko yang akan terjadi sehingga justru mengurangi jumlah SOP yang tidak berarti karena keselamatan pasien sudah dipahami setiap orang. Pasien dan masyarakat secara resmi terlibat dalam Pengambilan keputusan internal " <i>patient centered service</i> ".	<input type="checkbox"/> SOP, protokol dan kebijakan dibahas dan dilaksanakan sebagai dasar pelayanan. Pasien dan masyarakat diajak terlibat dalam membuat keputusan pelayanan.	<input type="checkbox"/> Banyak SOP yang dibuat tetapi jarang dilaksanakan. Pasien dan masyarakat hanya terlibat ketika ada lembaga eksternal membutuhkan.	<input type="checkbox"/> SOP dan protokol yang ada sudah usang dan diperbaharui bila ada kasus. Pasien dan masyarakat diabaikan dan diberi penjelasan yang salah tentang perawatan pasien.	<input type="checkbox"/> Implementasi manajemen resiko sangat sedikit (SOP sangat sedikit). Pasien dan masyarakat mungkin terlibat, namun hanya sebatas " <i>lip service</i> " saja, bukan keterlibatan yang nyata.
1.3 Pemeriksaan/Audit	<input type="checkbox"/> Tim Keselamatan Pasien merancang program audit yang melibatkan pasien dan keluarganya.	<input type="checkbox"/> Rumah sakit ingin memberikan mutu yang terbaik. Para dokter terlibat dalam proses audit guna terus melakukan perbaikan.	<input type="checkbox"/> Banyak melakukan audit tapi tidak ditindaklanjuti dengan serius.	<input type="checkbox"/> Audit dilakukan bila ada kasus yang menonjol saja.	<input type="checkbox"/> Tidak serius dalam melakukan audit kasus dan tidak ada tindak lanjutnya

Komentar terkait komitmen:

2. Prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien

Aspek					
2.1 Prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien	<input type="checkbox"/> Keselamatan pasien merupakan prioritas utama di RS.	<input type="checkbox"/> Risiko keselamatan pasien sudah diidentifikasi secara aktif.	<input type="checkbox"/> Prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien sudah cukup baik yang ditunjukkan oleh sistem yang ada.	<input type="checkbox"/> Prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien karena dipaksa oleh suatu aturan pemerintah.	<input type="checkbox"/> Prioritas terhadap keselamatan pasien rendah.
2.2 Sistem manajemen resiko	<input type="checkbox"/> Seluruh staf konsisten dalam melaksanakan sistem manajemen resiko & peningkatan mutu berkelanjutan.	<input type="checkbox"/> Sistem manajemen resiko sudah tersosialisasi lebih luas pada organisasi RS & masyarakat.	<input type="checkbox"/> Sistem manajemen resiko belum tersosialisasi secara luas.	<input type="checkbox"/> Sistem manajemen resiko sudah diterapkan namun masih minimal (sebatas formalitas).	<input type="checkbox"/> Organisasi belum menyadari tentang pentingnya sistem manajemen resiko.
2.3 Pelaksanaan keselamatan pasien	<input type="checkbox"/> Pelaksanaan keselamatan pasien sudah melekat dengan seluruh aktivitas di RS.	<input type="checkbox"/> Semua staf terlibat dalam keselamatan pasien	<input type="checkbox"/> Pelaksanaan keselamatan pasien gagal untuk merespon kompleksitas masalah yang terjadi.	<input type="checkbox"/> Keselamatan pasien dibicarakan bila sudah ada insiden. Keselamatan pasien dilaksanakan untuk keamanan staf, bukan untuk keselamatan pasien.	<input type="checkbox"/> Staf kurang peduli terhadap keselamatan pasien, karena menurut mereka sudah ada jaminan asuransi.

Komentar terkait prioritas rumah sakit terhadap keselamatan pasien:

3. Kesalahan sistem dan tanggung jawab individu

Aspek					
3.1 Budaya menyalahkan dan hukuman yang diberikan	<input type="checkbox"/> Laporan insiden sudah menjadi “value” pada staf. RS memiliki tingkat keterbukaan dan kepercayaan yang tinggi, staf mendapat dukungan penuh bila terjadi insiden.	<input type="checkbox"/> Laporan insiden sudah berjalan, baik di tingkat organisasi maupun nasional. RS memiliki budaya yang terbuka, adil dan kolaboratif.	<input type="checkbox"/> Insiden terjadi akibat kesalahan sistem, bukan hanya individu. Ada budaya menyalahkan dan individu bermasalah diberikan pelatihan ulang dan tindakan hukuman.	<input type="checkbox"/> Insiden terjadi akibat <i>human error</i> & solusinya adalah hukuman/sanksi. RS tersebut tidak memiliki budaya menyalahkan, tetapi tidak dirasakan seperti itu oleh staf.	<input type="checkbox"/> Insiden terjadi karena di luar kontrol organisasi akibat <i>human error</i> & pasien. RS memiliki budaya menyalahkan yang kuat, individu sebagai korban dan mendapatkan tindakan disiplin.

Komentar terkait tanggung jawab individu:

4. Perekaman insiden dan *best practices*

Aspek					
4.1 Sistem pelaporan dan kegunaannya	<input type="checkbox"/> Insiden KP selalu dilaporkan dalam sistem yang sesuai dan relevan.	<input type="checkbox"/> Proses pelaporan mudah dilakukan dan bersifat ramah.	<input type="checkbox"/> RS tidak rutin memakai laporan staf tetapi laporan didapat dari sumber lain seperti audit dan form <i>komplain</i> pasien.	<input type="checkbox"/> Ada sistem pelaporan insiden tetapi data hanya dikumpulkan tetapi tidak dianalisis.	<input type="checkbox"/> Ada sistem dasar pelaporan tetapi tidak berjalan sebagaimana mestinya.
4.2 Apa yang staf rasakan pada saat melaporkan insiden	<input type="checkbox"/> Staf merasa yakin untuk melaporkan segala jenis insiden KP, termasuk kasus <i>near miss</i> yang tidak menyebabkan cedera dan dapat dicegah.	<input type="checkbox"/> Staf merasa aman melaporkan semua jenis insiden keselamatan pasien, termasuk kejadian yang dapat dicegah, karena dapat belajar dari masalah tersebut.	<input type="checkbox"/> Staf melaporkan insiden walaupun merasa enggan.	<input type="checkbox"/> Staf enggan untuk melaporkan insiden karena merasa tidak nyaman, meskipun ada sistem untuk melaporkan insiden KP.	<input type="checkbox"/> Staf merasa takut untuk melaporkan insiden.
4.3 Analisis data	<input type="checkbox"/> Analisis data keselamatan pasien di <i>review</i> secara sistematis dan reguler. Hasil dari analisis insiden, <i>near miss</i> , keluhan-keluhan dan kasus-kasus litigasi terintegrasi penuh.	<input type="checkbox"/> Tren pada data dari insiden dan <i>near miss</i> dianalisis secara rutin.	<input type="checkbox"/> Membuat statistik data insiden tetapi tidak dipergunakan.	<input type="checkbox"/> Data insiden yang dihimpun tidak dianalisis.	<input type="checkbox"/> . Sedapat mungkin insiden disembunyikan

Komentar terkait perekaman insiden:

5. Evaluasi insiden dan *best practices*

Aspek					
5.1 Fokus investigasi	<input type="checkbox"/> Investigasi insiden KP digunakan untuk mencari akar masalah, bisa melibatkan investigator internal & eksternal organisasi.	<input type="checkbox"/> Insiden KP dan <i>near miss</i> fokus pada perbaikan, selain itu juga melibatkan pasien.	<input type="checkbox"/> Investigasi insiden KP dan <i>near miss</i> berfokus pada perorangan dan lingkungan di sekitar kejadian saja.	<input type="checkbox"/> Investigasi KP hanya dilakukan pada kejadian tertentu saja.	<input type="checkbox"/> Insiden KP diinvestigasi sekedarnya saja, hanya untuk menutupi kesalahan.
5.2 Hasil investigasi	<input type="checkbox"/> Hasil investigasi menghasilkan <i>best practice</i> dan dibagikan ke seluruh unit bahkan sampai tingkat nasional.	<input type="checkbox"/> Hasil investigasi dipakai untuk menganalisis <i>trend</i> dan mengidentifikasi penyebab terbanyak untuk terjadinya insiden dan melakukan pengujian terhadap pelaksanaan pelatihan.	<input type="checkbox"/> Hasil investigasi dipakai untuk pembahasan prosedur dan pelaksanaannya.	<input type="checkbox"/> Investigasi tidak dilanjutkan begitu masalah sudah "mendingin"	<input type="checkbox"/> Hasil investigasi hanya dipakai untuk memberikan sanksi.

Komentar terkait evaluasi insiden:

6. Pembelajaran dan perubahan efektif

Aspek					
6.1 Belajar dari insiden KP	<input type="checkbox"/> Belajar dari dalam maupun luar RS. Insiden KP dibicarakan terbuka di forum.	<input type="checkbox"/> Sudah ada budaya belajar dari insiden dan membagikan hasilnya untuk membuat perubahan.	<input type="checkbox"/> Sudah ada tsisem pembelajaran tetapi tidak menyeluruh.	<input type="checkbox"/> Belajar hanya dari insiden tertentu saja.	<input type="checkbox"/> Belum ada pelajaran yang diambil dari insiden.
6.2 Siapa yang berperan dalam memutuskan adanya perubahan pasca insiden	<input type="checkbox"/> Insiden KP dibicarakan terbuka dan mendiskusikannya bersama staf guna menghasilkan satu perubahan.	<input type="checkbox"/> Staf turut aktif dalam memutuskan perubahan setelah suatu insiden KP dan berkomitmen melaksanakannya.	<input type="checkbox"/> Komite Keselamatan Pasien dan manajer memutuskan perubahan tetapi kurang melibatkan peran serta staf.	<input type="checkbox"/> Perubahan hanya dibuat oleh manajer senior.	<input type="checkbox"/> Tidak ada perubahan yang dibuat kecuali atas ketentuan hukum.

Komentar terkait belajar dari insiden:

7. Komunikasi tentang isu keselamatan pasien

Aspek					
7.1 Komunikasi tentang KP	<input type="checkbox"/> Ada keterbukan RS, termasuk melibatkan peran pasien dalam mengembangkan kebijakan manajemen resiko.	<input type="checkbox"/> Ada komunikasi dengan institusi lain yang dianggap lebih pakar dalam KP.	<input type="checkbox"/> Ada komunikasi internal tentang KP, kebijakan dan prosedur dibuat untuk hal tersebut.	<input type="checkbox"/> Komunikasi tentang KP tidak terencana dan terbatas pada siapa yang terlibat di dalam insiden	<input type="checkbox"/> Tidak ada komunikasi tentang KP.
7.2 Membagi informasi	<input type="checkbox"/> Ide inovatif yang menyangkut KP dikomunikasikan dan jalur komunikasi disediakan,	<input type="checkbox"/> Informasi tentang KP dibagikan pada sesi <i>briefing</i> sudah diagendakan oleh staf.	<input type="checkbox"/> Banyak informasi tentang KP tetapi hanya sedikit yang dimengerti oleh staf.	<input type="checkbox"/> Komunikasi tentang KP hanya berasal dari manajemen yang bersifat instruksi.	<input type="checkbox"/> Komunikasi sangat buruk.
7.3 Komunikasi tentang KP kepada pasien	<input type="checkbox"/> Tercipta komunikasi yang baik di dalam dan luar RS.	<input type="checkbox"/> Dilakukan komunikasi yang efektif tentang KP kepada pasien dan keluarga/pengunjung RS.	<input type="checkbox"/> Banyak informasi tentang KP diperoleh dari pasien tetapi tidak dipergunakan secara efektif.	<input type="checkbox"/> Komunikasi dengan pasien bersifat satu arah saja.	<input type="checkbox"/> Pasien mendapat informasi bila diatur secara hukum.

Komentar terkait komunikasi tentang keselamatan:

8. Manajemen kepegawaian dan isu keselamatan

Aspek					
8.1 Apakah staf merasa didukung?	<input type="checkbox"/> Manajemen kepegawaian melakukan refleksi dan pembahasan tentang kompetensi staf, Melakukan supervisi dan mentoring.	<input type="checkbox"/> Manajemen merancang dukungan terhadap kebutuhan staf. Kesehatan staf diperhatikan.	<input type="checkbox"/> Prosedur manajemen kepegawaian merupakan cara untuk mengontrol staf.	<input type="checkbox"/> Tindakan staf diperhatikan bila ada insiden.	<input type="checkbox"/> Staf merasa tidak didukung karena manajemen tidak memperhatikan kesehatan staf. Tidak ada peningkatan program SDM.

Komentar terkait manajemen kepegawaian & isu keselamatan:

9. Pendidikan dan pelatihan staf

Aspek					
9.1 Kebutuhan pelatihan	<input type="checkbox"/> Staf diberikan kesempatan untuk mengambil pelatihan sesuai kebutuhan mereka.	<input type="checkbox"/> Ada upaya untuk mengidentifikasi pelatihan apa yang dibutuhkan staf dan menyelaraskan dengan kebutuhan RS.	<input type="checkbox"/> Pelatihan diadakan untuk memenuhi kebutuhan RS.	<input type="checkbox"/> Pelatihan hanya dilakukan bila ada insiden. Staf kurang memiliki ketrampilan.	<input type="checkbox"/> Tidak ada prioritas untuk pelatihan. Pelatihan dianggap sebagai kegiatan yang mengganggu, membuang waktu dan memakan biaya
9.2 Sumber pelatihan	<input type="checkbox"/> Pelatihan staf dan pengembangan karir dipandang sebagai bagian integral dari tujuan organisasi, sehingga sumber daya yang ada dialokasikan sesuai kebutuhan.	<input type="checkbox"/> Sumber daya dialokasikan sesuai penilaian kebutuhan pelatihan, dan ketersediaan dari instansi terkait.	<input type="checkbox"/> Ada rencana pelatihan staf, tetapi tidak sumber dayanya tidak diberikan prioritas.	<input type="checkbox"/> Pelatihan dilihat oleh manajemen sebagai hal yang menjengkelkan, memakan waktu dan biaya.	<input type="checkbox"/> Tidak anggaran untuk pelatihan.
9.3 Tujuan pelatihan	<input type="checkbox"/> Pelatihan dilihat sebagai cara untuk mendukung staf guna mengembangkan potensinya.	<input type="checkbox"/> Pelatihan dipandang sebagai kesatuan utuh dengan perkembangan pegawai dan terkait dengan sistem lain, misalnya pelaporan insiden.	<input type="checkbox"/> Fokus pelatihan adalah untuk meningkatkan pendapatan RS dan bukan untuk perkembangan karir staf.	<input type="checkbox"/> Pelatihan dianggap untuk mencegah kesalahan.	<input type="checkbox"/> RS melihat staf sudah terlatih dan siap bekerja. Mengapa masih membutuhkan pelatihan?

Komentar terkait pendidikan & pelatihan keselamatan pasien:

10. Kerjasama tim

Aspek					
10.1 Struktur tim	<input type="checkbox"/> Tim bersifat fleksibel. Kontribusi dari bidang lain dihargai.	<input type="checkbox"/> Tim terdiri dari unsur multidisiplin dengan struktur yang lebih fleksibel.	<input type="checkbox"/> Tim terdiri dari unsur multidisiplin untuk memenuhi kebijakan pemerintah.	<input type="checkbox"/> Staf bekerja secara tim bila ada instruksi.	<input type="checkbox"/> Anggota tim KP bekerja sendiri-sendiri dan struktur hirarki yang kaku.
10.2 Seperti apa menjadi anggota tim	<input type="checkbox"/> Kerjasama tim terlihat memiliki kesamaan dalam pemahaman dan visi.	<input type="checkbox"/> Kolaborasi antar anggota tim berjalan dengan baik.	<input type="checkbox"/> Anggota tim terdiri dari unsur multidisiplin tetapi tidak memiliki komitmen terhadap tim.	<input type="checkbox"/> Kerjasama tim hanya sebatas ucapan saja.	<input type="checkbox"/> Tim hanya sebagai kumpulan nama saja.
10.3 Arus informasi dan <i>sharing</i>	<input type="checkbox"/> Tim terbuka untuk membagi informasi dengan pihak lain yang berskala lokal, nasional maupun internasional..	<input type="checkbox"/> Tim terbuka untuk membagikan informasi termasuk pada pihak luar.	<input type="checkbox"/> Mekanisme yang mengatur informasi sudah ada tetapi tidak berjalan efektif.	<input type="checkbox"/> Arus informasi berlanjut sesuai dengan jenjang hirarki sesuai kepentingan.	<input type="checkbox"/> Informasi dibagikan antar anggota tim, saling merahasiakan

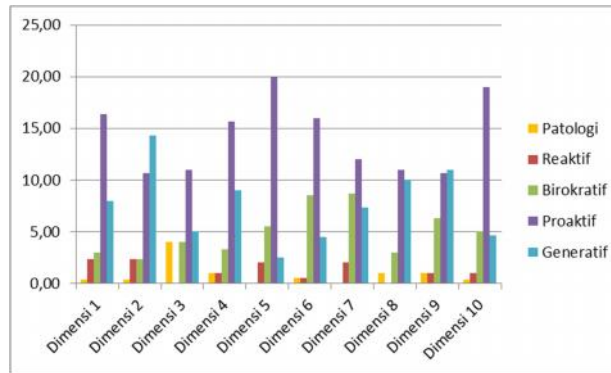
Komentar terkait kerjasama tim:

Lampiran 2 Hasil Input Manual Data Penelitian

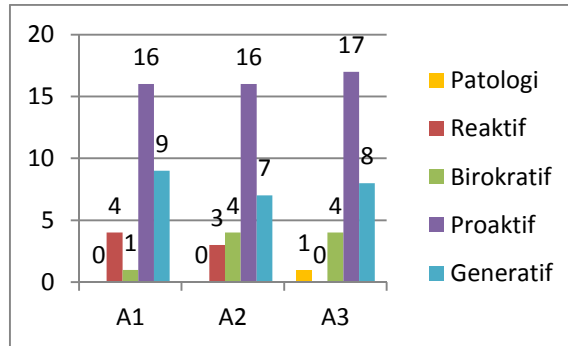
Bagian	No.	DIMENSI 1			DIMENSI 2			DIMENSI 3	DIMENSI 4			DIMENSI 5		DIMENSI 6		DIMENSI 7			DIMENSI 8		DIMENSI 9			DIMENSI 10		
		1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	3.1	4.1	4.2	4.3	5.1	5.2	6.1	6.2	7.1	7.2	7.3	8.1	9.1	9.2	9.3	10.1	10.2	10.3	
Manajemen	1	D	B	A	A	B	B	C	D	E	D	C	C	C	C	C	B	C	B	B	C	C	D	D	C	
	2	E	E	D	E	E	E	C	D	E	D	E	D	D	D	D	D	D	D	D	D	E	D	E	D	
	3	D	D	D	E	C	D	D	E	E	E	D	D	D	C	C	D	D	C	B	E	C	D	E	C	
IGD	4	D	D	E	E	D	D	C	D	D	D	D	C	C	C	E	D	D	D	D	E	E	E	D	D	
	5	E	D	D	E	E	E	C	D	E	D	D	D	D	D	C	E	E	E	E	E	E	D	E	E	
	6	D	E	D	E	E	D	E	E	E	E	D	E	E	E	E	E	E	E	D	A	D	D	E	D	
Ranap	7	D	E	E	E	D	D	D	E	E	D	D	D	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E		
	8	B	B	C	E	B	D	C	D	C	D	C	C	C	C	C	C	C	D	C	C	C	D	D	D	
	9	E	E	D	E	E	E	E	D	D	D	D	E	D	D	C	B	E	D	D	E	D	D	D	D	
Rajal	10	B	D	E	E	E	E	E	D	B	D	C	C	D	D	C	D	E	E	D	B	E	D	D	D	
	11	D	B	D	C	E	D	E	E	E	D	D	D	D	D	C	D	E	D	D	E	D	D	D	D	
	12	E	C	D	E	D	E	C	C	E	D	D	D	D	D	C	D	D	D	D	C	E	D	D	D	
HD	13	B	C	C	D	D	D	D	C	D	C	B	C	C	C	B	C	C	D	D	C	D	C	D	C	
	14	D	E	D	D	D	D	D	E	A	D	D	D	D	D	D	D	D	C	C	D	E	D	C	D	
	15	E	E	E	E	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	C	C	D	C	C	C	C	
Laboratorium	16	E	D	D	D	E	E	D	E	D	D	D	D	D	D	C	D	D	E	D	E	D	D	D	D	
	17	D	D	E	E	D	E	D	D	C	D	D	D	C	C	C	E	D	E	D	E	E	D	D	D	
	18	D	D	D	D	C	E	C	C	C	D	D	C	D	D	C	C	D	E	C	C	C	C	D	D	
Radiologi	19	C	C	C	C	B	D	C	B	C	D	C	B	C	C	B	B	B	D	D	C	E	B	C	C	
	20	E	D	E	C	E	E	E	E	E	D	E	C	C	D	E	D	D	D	A	E	D	D	D	C	
	21	D	D	E	E	E	D	A	E	D	D	E	D	E	D	C	D	E	D	D	E	D	D	E	D	
Farmasi	22	E	D	D	D	D	D	D	D	E	D	D	D	D	E	C	E	D	D	E	E	E	D	E	D	
	23	E	D	D	D	E	E	D	E	D	D	D	D	D	D	C	D	D	E	D	E	D	D	D	D	
	24	D	D	E	E	D	E	D	D	C	D	D	D	C	C	C	E	D	E	D	E	E	D	D	D	
Fisioterapi	25	D	D	D	E	D	D	A	D	A	D	D	D	D	D	E	D	D	E	D	C	E	C	D	D	
	26	D	D	D	E	D	D	A	D	A	D	D	D	D	D	E	D	D	E	D	C	E	C	D	D	
	27	B	C	C	E	B	B	A	B	C	D	B	B	B	A	C	C	C	D	C	A	C	B	B	A	
Gizi	28	D	D	D	E	C	D	D	E	E	E	D	D	D	C	C	D	D	D	D	E	D	D	E	C	
	29	D	D	D	C	B	E	D	D	E	D	D	D	E	D	E	E	E	E	D	E	D	E	D	D	
	30	D	E	D	E	E	E	E	D	E	E	D	D	E	E	E	D	D	E	E	D	E	D	D	E	

	DIMENSI 1			DIMENSI 2			DIMENSI 3			DIMENSI 4			DIMENSI 5		DIMENSI 6		DIMENSI 7			DIMENSI 8			DIMENSI 9			DIMENSI 10						
	A1	A2	A3	A1	A2	A3	A1	A1	A2	A3	A1	A2	A1	A2	A1	A2	A1	A2	A3	A1	A1	A2	A3	A1	A2	A3	A1	A2	A3			
A	0	0	1	1	0	0	4	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2	0
B	4	3	0	0	5	2	0	2	1	0	2	2	1	0	2	2	1	0	2	3	1	1	2	1	0	2	2	1	0	2	1	0
C	1	4	4	4	3	0	8	3	6	1	4	7	8	9	18	4	4	4	3	5	8	6	5	8	6	5	3	7	7	3	8	3
D	16	16	17	6	11	15	12	15	7	25	21	19	16	16	4	16	16	13	18	4	10	16	20	18	19	19	18	19	19	18	19	
E	9	7	8	19	11	13	6	10	13	4	3	2	5	4	6	7	9	13	4	15	14	3	8	3	3	3	8	3	3	8	3	
	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	

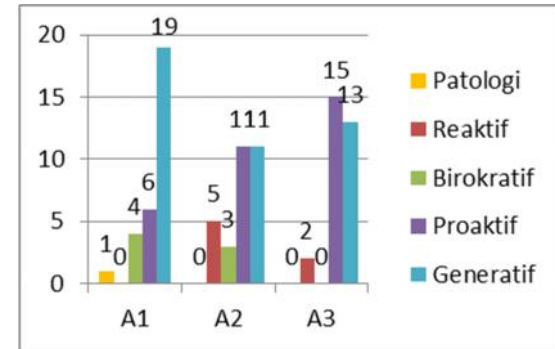
	DIMENSI 1	DIMENSI 2	DIMENSI 3	DIMENSI 4	DIMENSI 5	DIMENSI 6	DIMENSI 7	DIMENSI 8	DIMENSI 9	DIMENSI 10	Min	Max
A	0,333333333	0,333333333	4	1	0	0,5	0	0	1	0,333333333	0	4
B	2,333333333	2,333333333	0	1	2	0,5	2	1	1	1	0	2,333333
C	3	2,333333333	8	3,333333333	5,5	8,5	8,666666667	3	6,333333333	5	2,333333	8,666667
D	16,33333333	10,66666667	12	15,66666667	20	16	12	13	10,66666667	19	10,66667	20
E	8	14,33333333	6	9	2,5	4,5	7,333333333	13	11	4,666666667	2,5	14,33333



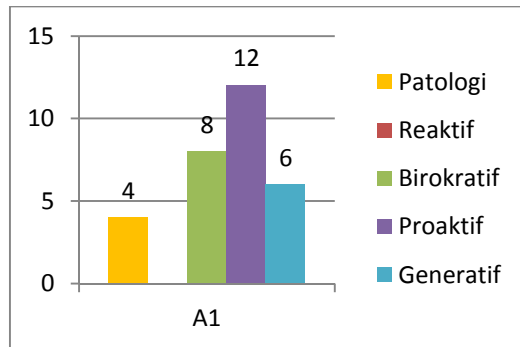
Hasil Dimensi Budaya Keselamatan Pasien RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta



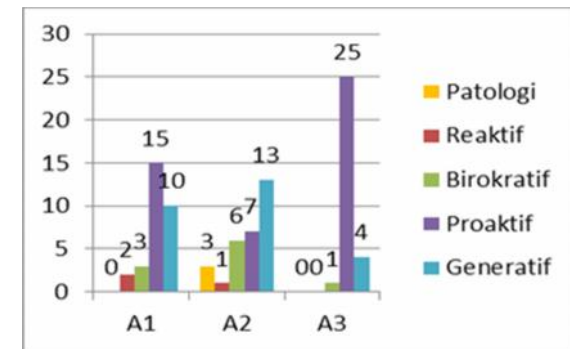
Dimensi 1



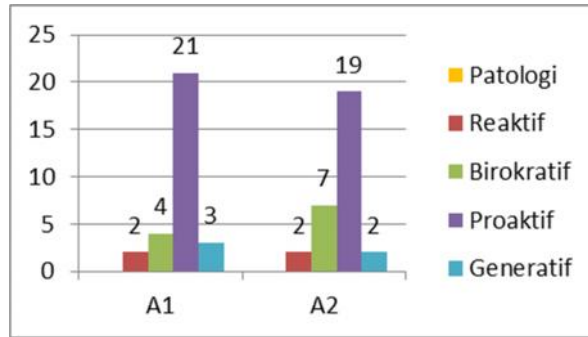
Dimensi 2



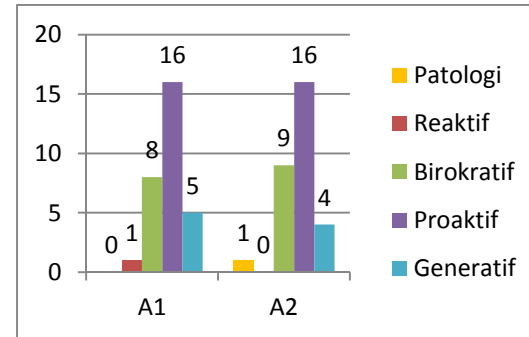
Dimensi 3



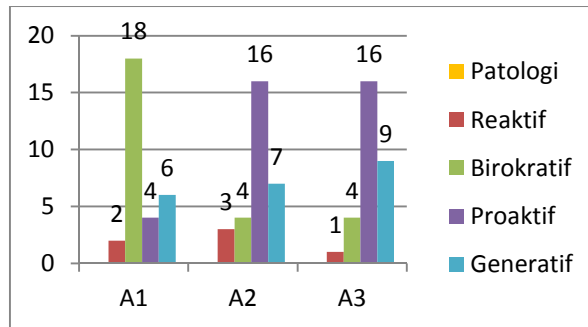
Dimensi 4



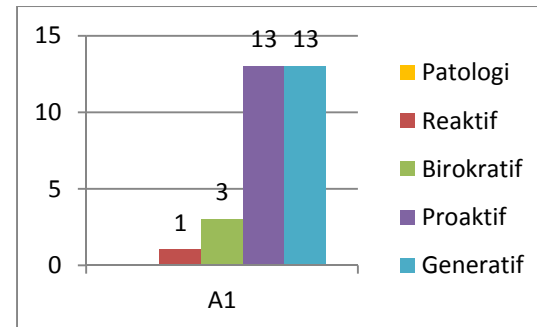
Dimensi 5



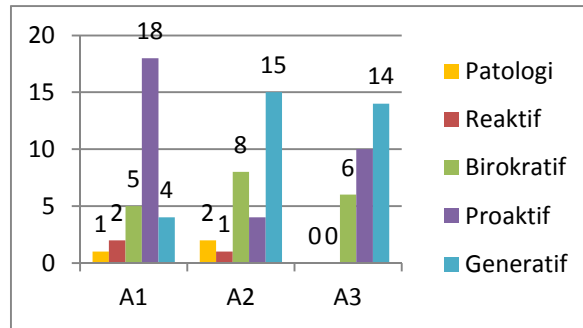
Dimensi 6



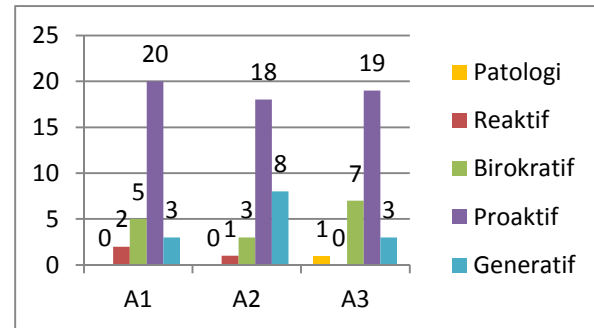
Dimensi 7



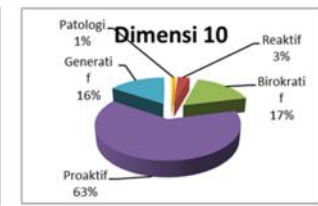
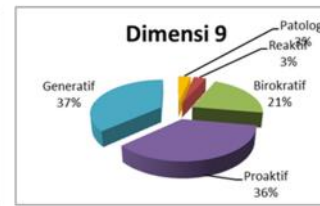
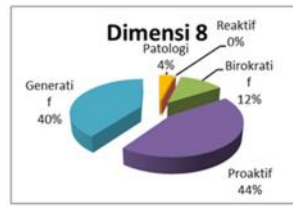
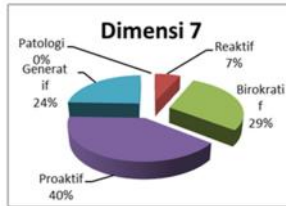
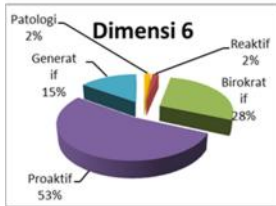
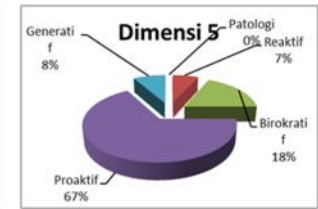
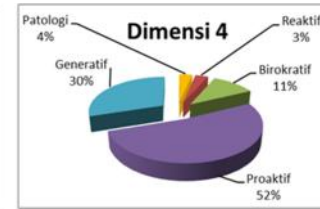
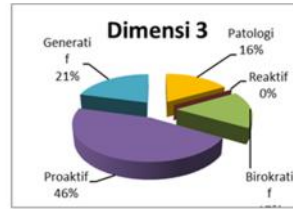
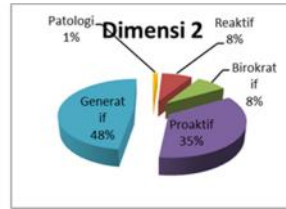
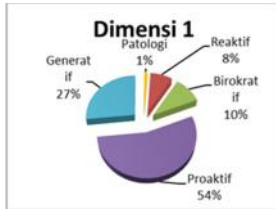
Dimensi 8



Dimensi 9



Dimensi 10



Lampiran 3 Transkrip Wawancara

Keterangan:

P : Peneliti

I 1/2/3 : Informan 1/2/3

1. Transkrip Wawancara Informan I

Hari/tanggal : 27 Desember 2016

Bagian : Farmasi

P : “Bagaimana pandangan ibu mengenai program keselamatan pasien di rumah sakit ini?”

I1 : “Menurut saya, secara dominan program keselamatan pasien di rumah sakit ini sudah berjalan dengan baik, bagian farmasi pun sudah menjalankan program tersebut.”

P : “Bagaimana budaya keselamatan pasien yang terbangun di rumah sakit ini?”

I1 : “Sudah cukup baik. Setelah mempersiapkan adanya akreditasi RS, semua pihak yang terkait dengan pelaksanaan keselamatan pasien memiliki komitmen yang tinggi, sehingga budaya keselamatan pasien yang terbentuk sudah baik secara keseluruhan.”

P : “Baik bu, untuk lebih lanjutnya saya ingin menanyakan mengenai 10 dimensi budaya keselamatan pasien yang terkait. Yang **pertama** bagaimana komitmen rumah sakit dan pegawai terhadap perbaikan yang berkelanjutan?”

I1 : “Seluruh pihak di RS berkomitmen untuk selalu melakukan perbaikan dengan metode PDSA (Plan Do Study Act). Setiap sasaran keselamatan pasien dibuat indikator mutu dan hasilnya selalu dianalisis, dan nantinya akan dilakukan follow up untuk perbaikan kedepannya.”

P : “Untuk dimensi **kedua**, bagaimana pelaksanaan keselamatan pasien? Bagaimana prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien? Bagaimana sistem manajemen risiko yang ada di RS ini?”

I1 : “Resiko keselamatan pasien di setiap tahap pelayanan diidentifikasi dan dibuat prosedur untuk meminimalkan risiko

tersebut. Semua pegawai terlibat dalam program keselamatan pasien, namun tidak secara menyeluruh terimplementasikan di setiap aktiitas rumah sakit.”

P : “Dimensi **ketiga**, mengenai kesalahan sistem dan tanggung jawab individu. Bagaimana laporan insiden dilaksanakan dan bagaimana budaya keselamatan pasien yang terbangun di RS ini?”

I1 : “Di RS sudah tidak terdapat blaming culture pada petugas yang melaporkan kesalahannya. Laporan sudah berjalan dengan baik jika terdapat insiden, yang pertama jika ada insiden, maka dilaporkan terlebih dahulu kepada kepala bagian unit masing-masing, lalu ditindaklanjuti, dan pelaporan dilanjutkan ke bagian yang lebih tinggi.”

P : “Dimensi **keempat**, bagaimana sistem pelaporan dan kegunaannya? Bagaimana perasaan petugas pada saat melaporkan?”

I1 : “Petugas yang menemukan insiden membuat laporan insiden dan akan ditindaklanjuti oleh atasan yang berkoordinasi dengan tim keselamatan pasien.”

P : “Dimensi **kelima**, mengenai evaluasi insiden dan best practise. Bagaimana analisa data dilakukan? Apakah investigasi berjalan di RS ini?”

I1 : “Laporan dibuat grading, grade biru dan hijau dibuat investigasi sederhana, sedangkan grade kuning dan merah dibuat dengan metode RCA.”

P : “Dimensi **keenam**, mengenai pembelajaran dan perubahan efektif. Apakah para pegawai belajar dari adanya insiden?”

I1 : “Setiap insiden dicari akar masalahnya dan diambil pelajarannya, sosialisasi ke unit-unit, sehingga dapat mengambil manfaat dengan belajar bagaimana mencegah atau menghindari kesalahan yang sama oleh orang lain.”

P : “Dimensi **ketujuh**. Bagaimana komunikasi di rumah sakit mengenai keselamatan pasien? baik secara internal maupun eksternal, sesama pegawai atau kepada pasien dan keluarga pasien?”

I1 : “Tim selalu membangun komunikasi yang efektif, baik internal tim maupun dengan pihak yang terkait dan manajemen RS. Komunikasi efektif juga dilakukan kepada pasien untuk membantu

berjalannya program tersebut, sehingga mencegah hal-hal yang tidak diharapkan terkait dengan terjadinya insiden.”

P : “Lanjut ke dimensi **delapan**, mengenai manajemen kepegawaian dan isu keselamatan. Apakah petugas mendapatkan dukungan?”

I1 : “Manajemen mendukung dalam bentuk jaminan atau program K3. Dukungan penuh oleh pihak dirasakan oleh para pegawai, sehingga para pegawai pun tidak takut bila akan melaporkan insiden.”

P : “Dimensi **kesembilan**, mengenai pendidikan dan pelatihan staf. Bagaimana kebutuhan pelatihan dijalankan dan apa tujuan dari pelatihan tersebut?”

I2 : “Seluruh staf atau pegawai diberikan kesempatan mengajukan yang sesuai dengan kebutuhan, saya sendiri sudah mengikuti pelatihan keselamatan pasien yang diadakan rumah sakit ini untuk mendukung berjalannya program keselamatan pasien.”

P : “Untuk **dimensi terakhir**, bagaimana kerjasama tim di rumah sakit ini?”

I1 : “Tim berjalan dengan baik, mereka memiliki pemahaman yang sama mengenai visi misi program tersebut. Informasi-informasi yang bersifat umum maka akan *dishare*-kan secara luas, sedangkan yang bersifat rahasia maka tentunya dibatasi.”

2. Transkrip Wawancara Informan II

Hari/tanggal : 27 Desember 2016

Bagian : Ka.Keperawatan

P : “Bagaimana pandangan ibu mengenai program keselamatan pasien di rumah sakit ini?”

I1 : “Program keselamatan pasien sudah berjalan dan tim pun sudah terbentuk agak lama, namun saya agak lupa kapan mulai terbentuknya, adanya proses akreditasi membuat kami membenahi dan meningkatkan program keselamatan pasien. ”

P : “Bagaimana budaya keselamatan pasien yang terbangun di rumah sakit ini?”

I1 : “Budaya keselamatan secara keseluruhan sudah baik. ”

P : “Baik bu, untuk lebih lanjutnya saya ingin menanyakan mengenai 10 dimensi budaya keselamatan pasien yang terkait. Yang pertama bagaimana komitmen rumah sakit dan pegawai terhadap perbaikan yang berkelanjutan?”

I1 : “Komitmen sudah ada tim. Jadi menurut saya itu merupakan komitmen yang utama untuk RS.”

P : “Untuk dimensi **kedua**, bagaimana pelaksanaan keselamatan pasien? Bagaimana prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien? Bagaimana sistem manajemen risiko yang ada di RS ini?”

I1 : “Keselamatan pasien merupakan prioritas utama dari rumah sakit ini. Manajemen resiko juga sudah dijalankan, dengan adanya SPO bisa membantu mereka untuk mencegah terjadinya insiden.”

P : “Dimensi **ketiga**, mengenai kesalahan sistem dan tanggung jawab individu. Bagaimana laporan insiden dilaksanakan dan bagaimana budaya keselamatan pasien yang terbangun di RS ini?”

I1 : “Awalnya di antara petugas terdapat budaya menyalahkan. Namun sekarang sudah mulai berkurang. Dengan adanya laporan tanpa nama, maka cukup membantu untuk mengurangi adanya blame culture tersebut. Budaya keselamatan secara keseluruhan sudah baik.”

P : “Dimensi **keempat**, bagaimana sistem pelaporan dan kegunaannya? Bagaimana perasaan petugas pada saat melaporkan?”

I1 : “Untuk di ruangan-ruangan kami menyediakan lembaran report, kalau ada incident report maka kami terima, dan mereka ditumbuhkan untuk adanya budaya melapor. Apapun kasusnya kami terima, walaupun nantinya kami akan seleksi dulu, apakah ini incident report yang harus kita laporkan di tingkat yang lebih tinggi. Misalkan ada kesalahan ketika mau memberikan obat, mau memeberikan obat saja sudah salah, maka mereka melaporkan dengan mencatat. Yang pasti kita tumbuhkan dulu budaya melapor tanpa rasa takut.”

P : “Dimensi kelima, mengenai evaluasi insiden dan best practise. Bagaimana analisa data dilakukan? Apakah investigasi berjalan di RS ini?”

I1 : “Evaluasi insiden dilaksanakan setelah adanya laporan dari para petugas, lalu tim akan menyeleksi, dengan membuat grading. Lalu tim akan melacak. Bila diperlukan adanya investigasi, maka kami akan melihat dari hasil grading kami, apakah hanya memerlukan investigasi sederhana atautkah bila dengan RCA maka kita membentuk tim. Misal gradding nya masuk ke merah atau terjadi berkali-kali, kita bahas di tim, kemudian dicari akar penyebab masalahnya, misal terjadi jatuh berkali-kali di kamar mandi ruangan A, di cari tahu apakah karena lantai kamar mandinya yang licin atau kamar mandainya, kenapa kok muncul berulang-ulang. Misalnya lagi, berkali-kali penulisan identitas pasien kok salah, kita kan pakai barcode ya, kita bikin identifikasi, apakah pasien nya banyak.”

P : “Dimensi keenam, mengenai pembelajaran dan perubahan efektif. Apakah para pegawai belajar dari adanya insiden?”

I1 : “Pembelajaran awal berasal dari SPO. Jika SPO dijalankan maka terjadinya tingakat terjadinya insiden akan dapat ditekan. Bila sampai terjadi insiden, maka misalnya apakah kita perlu menambahkan SPO yang sudah ada atau membuat SPO baru. Para staf belajar dari insiden yang sudah terjadi, hasil investigasi kami, kami sampaikan dengan memberikan solusi sebagai langkah-langkah pencegahan dan perbaikan. Selalu menggunakan PDSA (Plan-Do-Study-Act.”

P : “Dimensi ketujuh. Bagaimana komunikasi di rumah sakit mengenai keselamatan pasien? baik secara internal maupun eksternal, sesama pegawai atau kepada pasien dan keluarga pasien?”

I1 : “Komunikasi sendiri sudah terbangun secara baik. Baik secara internal maupun eksternal.”

P : “Lanjut ke dimensi delapan, mengenai manajemen kepegawaian dan isu keselamatan. Apakah petugas mendapatkan dukungan?”

I1 : “Dukungan manajemen sudah dilaksanakan secara menyeluruh kepada para staf yang melaporkan ataupun yang terlibat dalma insiden”

P : “Dimensi kesembilan, mengenai pendidikan dan pelatihan staf. Bagaimana kebutuhan pelatihan dijalankan dan apa tujuan dari pelatihan tersebut?”

I2 : “Kami mengirimkan beberapa orang untuk pelatihan keluar, baru dilatih ke tim kami, dan baru setelah itu kami membuat pelatihan ke staf-staf ruangan. Hal tersebut sudah dilakukan secara kontinu dan terjadwal.”

P : “Untuk dimensi terakhir, bagaimana kerjasama tim di rumah sakit ini?”

I1 : “Kerjasama tim sudah bagus. Saling bekerjasama dalam pelayan pasien ataupun program-program yang terkait dengan patient safety.”

3. Transkrip Wawancara Informan III

Hari/tanggal : 27 Desember 2016

Bagian : Fisioterapi

P : “Bagaimana pandangan ibu mengenai program keselamatan pasien di rumah sakit ini?”

I3 : “Secara keseluruhan sudah berjalan dengan baik.”

P : “Bagaimana budaya keselamatan pasien yang terbangun di rumah sakit ini?”

I3 : “Budaya patient safety belum cukup baik terbangun di rumah sakit ini.”

P : “Baik bu, untuk lebih lanjutnya saya ingin menanyakan mengenai 10 dimensi budaya keselamatan pasien yang terkait. Yang pertama bagaimana komitmen rumah sakit dan pegawai terhadap perbaikan yang berkelanjutan?”

I3 : “Komitmen rumah sakit sudah bagus. SOP sudah dibuat tetapi sangat jarang dilakukan dengan serius. Perbaikan dan peningkatan mutu pelayanan dibicarakan bila ada kasus, jika tidak ada ya tidak di sentuh sama sekali. Bila insiden terjadi, maka dilakukan audit namun tidak ada tindak lanjutnya.”

P : “Untuk dimensi kedua, bagaimana pelaksanaan keselamatan pasien? Bagaimana prioritas yang diberikan untuk

keselamatan pasien? Bagaimana sistem manajemen risiko yang ada di RS ini?"

I3 : "Keselamatan pasien merupakan prioritas utama di rumah sakit. Saya lihat manajemen sudah melakukan upaya, akan tetapi belum maksimal. Sistem manajemen resiko sudah diterapkan, namun masih minimal. Kelamatan pasien dibicarakan bila sudah ada insiden yang terjadi. Bisa dilihat dari budaya karyawan terhadap patient safety yang belum melekat dan membudaya dengan baik"

P : "Dimensi ketiga, mengenai kesalahan sistem dan tanggung jawab individu. Bagaimana laporan insiden dilaksanakan dan bagaimana budaya keselamatan pasien yang terbangun di RS ini?"

I3 : "Insiden terjadi karena di luar kontrol organisasi akibat human error dan pasien. Suatu kesalahan yang belum tentu disengaja oleh petugas menjadi sebuah "aib" tersendiri, bahkan akan menjadi sebuah hal yang diungkit-ungkit untuk dipersalahkan. Apalagi karyawan yang notabene masih "junior" yang banyak disalahkan. Sehingga jelas masih ada blame culture di lingkungan rumah sakit ini."

P : "Baik bu, lanjut ke bagian dimensi keempat, bagaimana sistem pelaporan dan kegunaannya? Bagaimana perasaan petugas pada saat melaporkan?"

I3 : "Jelas ada sistem pelaporan insiden tetapi data hanya dikumpulkan tetapi tidak dianalisis. Petugas merasa memiliki kewajiban melaporkan, namun masih merasa enggan karena beban mental jika masih dipersalahkan. Saya pun sudah beberapa kali menulis laporan tetapi tidak tahu kelanjutannya. Entahlah..."

P : "Dimensi kelima, mengenai evaluasi insiden dan best practise. Bagaimana analisa data dilakukan? Apakah investigasi berjalan di RS ini?"

I3 : "Sebenarnya saya tidak mengetahui metode analisisnya, apakah memakai RCA atau apa? Karena saya tidak dalam posisi itu, kalau menurut saya mungkin memakai analisis sederhana. Investigasi keselamatan pasien hanya dilakukan pada kejadian tertentu saja. Investigasi tidak dilanjutkan bila masalah sudah mereda."

P : "Dimensi keenam, mengenai pembelajaran dan perubahan efektif. Apakah para pegawai belajar dari adanya insiden?"

I3 : “Kami belajar dari insiden tertentu saja. Tidak ada perubahan yang dibuat kecuali atas adanya pihak-pihak yang menuntut melalui hukum. Dan saya belum merasakan perubahan baik dari segi manapun.”

P : “Dimensi ketujuh. Bagaimana komunikasi di rumah sakit mengenai keselamatan pasien? baik secara internal maupun eksternal, sesama pegawai atau kepada pasien dan keluarga pasien?”

I3 : “Komunikasi keselamatan pasien dilakukan untuk membuat beberapa kebijakan atau SOP yang kurang, adanya laporan kesalahan oleh pihak keluarga pasien tidak dipergunakan secara efektif bilak permasalahan dapat diselesaikan di ruangan/unit nya. Menurut saya pembicaraan mengenai keselamatan pasien menjadi hal yang tidak menarik.”

P : “Lanjut ke dimensi delapan, mengenai manajemen kepegawaian dan isu keselamatan. Apakah petugas mendapatkan dukungan?”

I3 : “Sudah didukung kok. Manajemen merancang dukungan terhadap kebutuhan petugas.”

P : “Dimensi kesembilan, mengenai pendidikan dan pelatihan staf. Apakah kebutuhan pelatihan dijalankan dan apa tujuan dari pelatihan tersebut?”

I3 : “Yes. Pelatihan diadakan untuk memenuhi kebutuhan rumah sakit, terlebih adanya proses akreditasi rumah sakit.”

P : “Untuk dimensi terakhir, bagaimana kerjasama tim di rumah sakit ini?”

I3 : “Petugas bekerja secara tim bila ada instruksi. Informasi dibagikan antar anggota ti, namun masih ada saja yang dirahaskan.”

Lampiran 4 Hasil Uji Validitas dan Reabilitas Instrumen MaPSaF

ANALYSIS OF PATIENT SAFETY CULTURE INSTRUMENT BY MaPSaF

Arum Astika, Arlina Dewi

Master of Hospital Management, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Email : arumastika.md@gmail.com

ABSTRACT

Hospital as health care organization must develop a patient safety culture in an effort to improve the quality of care in order to prevent the occurrence of adverse event. MaPSaF (Manchester Patient Safety Framework) is one of instrument that published by National Patient Safety Agency (NPSA) in 2006, it can be used to measure the maturity level of patient safety culture. The aim of this study was to develop the MaPSaF instrument into several aspects in each dimensions of patient safety culture. This study was a qualitative design with study literature approach. The results of this study were MaPSaF composed of 10 dimensions of patient safety culture with 24 aspects. The dimensions are (1) commitment to overall continuous improvement, (2) priority given to safety, (3) system errors and individual responsibility, (4) recording incidents and best practice, (5) evaluating incidents and best practice, (6) learning and affecting change, (7) communication about safety issues, (8) personnel management and safety issues, (9) staff education and training, and (10) team working. The aspects are (1) commitment to improvement, (2) inspection/auditing, (3) SOP and policies, (4) priority given to patient safety (5) risk management system, (6) patient safety practices, (7) blame culture and punishment, (8) reporting system and usage, (9) staff feeling on reporting the incident, (10) data analysis, (11) focus of investigation, (12) results/output of investigation, (13) learning from safety incidents, (14) who decide the change after the incident, (15)

communication about patient safety, (16) sharing the information, (17) communicating with patients about safety, (18) do the staffs feel supported?, (19) training needs, (20) training resources, (21) training purpose, (22) team structure, (23) the role of team member, (24) the flow of information and sharing. The conclusion of this study was a MaPSaF tool covers multiple dimensions of safety culture, and five levels of safety culture development. This tool can be used to identify the maturity level of patient safety culture at the hospital in Indonesia.

Keywords : *patient safety culture, instrument, MaPSaF*

1. Introduction

Patient safety has become an important global issue in health care lately, both in Indonesia or international. Patient safety in the hospital is important because there are many cases of medical errors that occur in various countries.

In 2000 the Institute Of Medicine in the United States published a report that: "To Err is Human, Building a Safer Health System", the report said that research in hospitals in Utah and Colorado found adverse event by 2.9%, of which 6.6% died. While in New York the adverse event was 3.7% with a mortality rate of 13.6%. Mortality due to adverse event in hospitalized patients across the United States, amounting to 33.6 million per year ranges from 44.000-98.000 per year¹. Publication of the WHO in 2004, collecting figures hospital research in various countries: America, England, Denmark, and Australia, found adverse event in range 3,2-16.6%^{1,2}.

In Indonesia, the provincial patient safety incident reports in 2007 showed DKI Jakarta were the highest with 37.9% of cases, followed by Central Java 15.9%, DI Yogyakarta 13.8%, East Java 11.7%, South Sumatra 6,9%, West Java 2.8%, Bali 1.4%, Aceh 1.07%, and South Sulawesi 0.7%³.

The data required hospitals to undertake effective measurements to minimize the occurrence of medical error or adverse event associated with improvement on service quality by creating and developing a practise of patient safety by hospital management. Safety culture

concept referred to the attitudes, beliefs, values and assumptions together as the basis of how people see and act on matters relating to safety issues in their organization^{4, 5}.

A way to find the culture of patient safety that is formed in a healthcare organization is by conducting a survey using some specific tools developed by some of the patient safety organizations, such as HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture) from the AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) United States, MaPSaF (Manchester Patient Safety Assessment Framework) from the NPSA (National Patient Safety Agency), and SAQ (Safety Attitudes Questionnaire) from the University of Texas.

MaPSaF is one of the patient safety measurements that have not been widely used in Indonesia. One of the advantages of MaPSaF is the ability to measure the maturity level of patient safety culture that formed at the hospital so that the results can be used as a reference in developing a culture of patient safety⁶.

Ary et al (1982; 248) stated that there are a lot of problems of research require development of trusted instrument, and able to measure things that are abstract, such as: intelligence, learning outcomes, motivation, attitudes, interests, and others. Different tool or instrument is needed to measure a variety of things⁷.

The quality of the instrument is determined by two criteria, namely the validity and reliability⁸. So the essence of the instrument is a tool that has good validity and reliability so that can be used to collect the data in a study. The development of MaPSaF instrument is expected to assist healthcare organizations in evaluating the strengths and weaknesses of the patient safety culture owned by the hospital.

2. Material and Methods

This study focused on the development of patient safety culture instrument. This is a qualitative research that uses experts interview and literature study approach. The basis of this study was to establish the recent culture of organization level⁹, so therefore the baseline is MaPSaF (Manchester Patient Safety Framework) from NPSA (National Patient Safety Agency). The aim of this study was to determine the aspect on each dimension of patient safety culture by MaPSaF as a form of instrument development.

The Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) is a tool to help NHS organisations and healthcare teams assess their progress in developing a safety culture. MaPSaF uses critical dimensions of patient safety and for each of these describes five levels of increasingly mature organisational safety culture. The dimensions relate to areas where attitudes, values and behaviours about patient safety are likely to be reflected in the organisation's working practices. For example, how patient safety incidents are investigated, staff education, and training in risk management.

MaPSaF can be used in many ways, for example: to facilitate reflection on patient safety culture, to stimulate discussion about the strengths and weaknesses of the patient safety culture, to reveal any differences in perception between staff groups, to help understand how a more mature safety culture might look, to help evaluate any specific intervention needed to change the patient safety culture. These can be applied at organisational or team level⁶.

Methodological steps of this study are as follows: (1) determine the culture of patient safety as a variable that the instrument will be developed, (2) to translate the MaPSaF by sworn translator in the Language Training Centre, University of Muhammadiyah Yogyakarta, (3) formulated statements points for each dimension of patient safety culture that exist in the MaPSaF as an assessment tool, (4) validating the theoretical to the group of expert panelists as judges to adjust the meaning of the translation and select statement items of dimensional of patient safety culture, (5) conducting a pilot study of the instrument through test re-test approach, (6) measure the reliability stability

obtained by test re-test result, (7) confirm to the experts to repair the instruments on the unreliable statements.

3. Result and Discussion

Many of the experimental researches on patient safety culture in Indonesia using HSOPSC instruments from AHRQ that has good validity value, but it can't explain the level of maturity of patient safety culture. At the beginning of the study, the results of discussions with experts chose a MaPSaF instrument as a variable instrument will be developed. This was done because MaPSaF has the maturity level of patient safety culture owned by hospital, which was divided into five levels: pathological, reactive, bureaucratic, proactive and generative^{14, 15} (Table 1). The presence the cultural level can be used to follow-up on the development of patient safety culture, as well as to benchmark among hospitals in Indonesia, for example, hospitals that have been accredited plenary but patient safety culture is still low.

Furthermore, the translation result of MaPSaF (Table 2 & 3) was used to develop statement points of patient safety culture. Frameworks in MaPSaF was displayed in the form of a matrix briefly described the hospital at every level of patient safety culture are spelled out into 10 dimensions compiled by the research team of the University of Manchester consisting of psychologists, researchers in the field of health and other health professionals. Dimensions of patient safety culture by MaPSaF are: (1) commitment to overall continuous improvement, (2) priority given to patient safety, (3) system error and individual responsibility, (4) recording incidents and best practice, (5) evaluating incident and best practice, (6) learning and effecting change, (7) communication about safety issues, (8) personnel management and safety issues, (9) staff education and training, (10) team working.

Tabel 1. The levels of patient safety culture explained

Maturity level Tingkat maturitas	Description level Deskripsi level
A – Pathological A – Patologis	Why do we need to waste our time on patient safety issues? Mengapa kita perlu membuang-buang waktu kita pada isu-isu keselamatan pasien?
B – Reactive B – Reaktif	We take patient safety seriously and do something when we have an incident. Kita melaksanakan keselamatan pasien secara serius dan melakukan sesuatu ketika kita memiliki insiden.
C – Bureaucratic C – Birokratis	We have systems in place to manage patient safety. Kami memiliki sistem sebagaimana mestinya untuk mengelola keselamatan pasien.
D – Proactive D – Proaktif	We are always on the alert/thinking about patient safety issues that might emerge. Kami selalu waspada /berpikir tentang isu-isu keselamatan pasien yang mungkin muncul.
E – Generative E – Generatif	Managing patient safety is an integral part of everything we do. Mengelola keselamatan pasien merupakan bagian integral dari segala sesuatu yang kita lakukan.

Tabel 2. Translation description of the dimensions of patient safety

Dimension of patient safety culture Dimensi budaya keselamatan pasien	Description Deskripsi
Commitment to overall continuous improvement Komitmen untuk perbaikan terus menerus secara keseluruhan	How much is invested in developing the quality agenda? What is seen as the main purpose of policies and procedures? What attempts are made to look beyond the organisation for collaboration and innovation? Seberapa banyak yang diinvestasikan dalam mengembangkan kualitas kegiatan? Hal apa saja yang dijadikan tujuan utama dalam kebijakan dan prosedur? Usaha apa yang dilakukan untuk melampaui kerjasama dan inovasi organisasi?
Priority given to patient safety Prioritas pada keselamatan	How seriously is the issue of patient safety taken within the organisation? Where does responsibility lie for patient safety issues? Seberapa serius organisasi menanggapi keselamatan pasien? Pada bagian apa keselamatan pasien sangat penting?
System errors and individual responsibility Kesalahan sistem dan tanggung jawab personal	What sort of reporting systems are there? How are reports of incidents received? How are incidents viewed – as an opportunity to blame or improve? Seperti apa sistem pelaporan yang dilakukan? Bagaimana laporan akan terjadinya insiden diterima? Bagaimana insiden tersebut dilihat—sebagai kesempatan untuk menyalahkan atau perbaikan?
Recording incidents and best practice Mencatat insiden dan contoh yang baik	Who investigates incidents and how are they investigated? What is the aim of recording the incident? Siapa yang memeriksa insiden dan bagaimana insiden tersebut diperiksa? Apakah tujuan dari mencatat insiden?
Evaluating incidents and best practice Mengevaluasi insiden dan contoh yang baik	How are any incidents evaluated? What recognition is there of safe practice? How is the resultant data used? Bagaimana insiden dievaluasi? Hal-hal apa saja yang dicatat untuk praktek keselamatan? Bagaimana hasil dari catatan tersebut digunakan?
Learning and effecting change Pembelajaran dan perubahan	What happens after an event? What mechanisms are in place to learn from the incident? How are changes introduced and evaluated? Apa yang terjadi setelah adanya sebuah kejadian? Mekanisme apa yang dapat dipelajari dari insiden tersebut? Bagaimana perubahan diberikan dan dievaluasi?
Communication about safety issues Komunikasi tentang isu keselamatan	What communication systems are in place? What are their features? What is the quality of record keeping to communicate about safety like? Sistem komunikasi apa yang diterapkan? Fitur apa saja yang digunakan? Seperti apa kualitas catatan yang digunakan untuk membahas isu keselamatan?
Personnel management and safety issues Manajemen personil dan isu keselamatan	How are safety issues managed in the workplace? How are staff problems managed? What are the recruitment and selection procedures? Bagaimana isu kesehatan diatur di tempat kerja? Bagaimana permasalahan staf dikelola? Prosedur perekrutan dan seleksi seperti apa yang diterapkan?
Staff education and training Pendidikan dan pelatihan staf	How, why and when are education and training programmes about patient safety developed? What do staff think of them? Bagaimana, mengapa dan kapan program pendidikan dan pelatihan tentang keselamatan pasien dilakukan? Apa yang staf pikirkan tentang hal tersebut?
Team working Kerjasama tim	How and why are teams developed? How are teams managed? How much team working is there around patient safety issues? Bagaimana dan mengapa tim dikembangkan? Bagaimana tim dikelola? Berapa banyak kerjasama tim dalam hal keselamatan pasien?

Tabel 3. Description of maturity level of patient safety culture

3. System errors and individual responsibility Kesalahan sistem dan tanggung jawab personal	
Maturity level Tingkat maturitas	Description Deskripsi
Pathological Patologis	Incidents are seen as 'bad luck' and outside the organisation's control, occurring as a result of staff errors or patient behaviour. There is a strong blame culture with individuals subjected to victimisation and disciplinary action. Insiden dilihat sebagai 'nasib buruk' dan di luar kendali organisasi, terjadi sebagai akibat dari kesalahan staf atau perilaku pasien.
Reactive Reaktif	The organisation sees itself as a victim of circumstances. Individuals are seen as the cause and the solution is retraining and punitive action. When incidents occur there is no attempt to support those involved, including the patients and their relatives. Organisasi melihat dirinya sebagai korban dari keadaan. Individu dipandang sebagai penyebab dan solusinya adalah pelatihan ulang dan hukuman. Ketika insiden terjadi, tidak ada upaya untuk mendukung mereka yang terlibat, termasuk pasien dan keluarga mereka.
Bureaucratic Birokratis	There is a recognition that systems contribute to incidents and not just individuals. The organisation says that it has an open and fair culture but it is not perceived in that way by staff. Being open/open disclosure protocols have been written to ensure that staff and patients/carers receive support following an incident do exist, but they are not widely known about or used. Ada pengakuan bahwa sistem berkomitmen pada insiden dan bukan hanya individu. Organisasi mengatakan bahwa organisasi tersebut memiliki budaya terbuka dan adil tetapi tidak dirasakan dengan cara itu oleh staf. Protokol ditulis untuk memastikan bahwa staf dan pasien / perawat menerima dukungan sebagai kompensasi atas insiden, tetapi peraturan tersebut tidak banyak diketahui atau digunakan.
Proactive Proaktif	It is accepted that incidents are a combination of individual and system faults. The organisation has an open, fair and collaborative culture. Following a patient safety incident, a systems analysis is carried out and used to make decisions about the relative contribution of systems factors and the individual, e.g. the Incident Decision Tree. This process informs decisions about staff suspensions and so there is a consistent and fair approach to dealing with staff issues following incidents. The organisation is also open and honest with patients and/or their carers when a patient safety incident occurs that led to severe harm or death, but does not discuss all types of incidents. Insiden adalah kombinasi dari individu dan sistem kesalahan. Organisasi memiliki budaya terbuka, adil dan kolaboratif. Menyusul insiden keselamatan pasien, analisis sistem dilakukan dan digunakan untuk membuat keputusan tentang faktor sistem dan individu. Proses ini menginformasikan keputusan tentang perpindahan staf sehingga ada pendekatan yang konsisten dan adil ketika berurusan dengan staf yang terlibat insiden. Organisasi terbuka dan jujur dengan pasien dan / atau pengasuh mereka ketika insiden keselamatan pasien terjadi yang menyebabkan kerusakan parah atau kematian, tetapi tidak membahas semua jenis insiden.
Generative Generatif	Organisational and system failures are noted and staff are also fully aware of their own personal accountability in relation to errors and of their empowerment to report them. Integrated systems enable patient safety incidents, complaints and litigation cases to be analysed together. Staff, patients and relatives are actively involved and supported from the time of the incident. The organisation has a high level of openness and trust. The organisation is also open and honest with patients and/or their carers about all types of patient safety incidents, irrespective of the level of harm caused. Kegagalan sistem dicatat dan staf juga sepenuhnya menyadari tanggung jawab pribadi mereka sendiri dalam kaitannya dengan kesalahan dan pemberdayaan mereka untuk melaporkannya. Sistem yang terintegrasi memungkinkan insiden keselamatan pasien, keluhan dan kasus litigasi untuk dianalisis bersama-sama. Staf, pasien dan keluarga secara aktif terlibat dan mendapat dukungan sejak sebelum terjadinya insiden. Organisasi memiliki keterbukaan yang tinggi. Organisasi juga terbuka dan jujur dengan pasien dan / wali tentang semua jenis insiden keselamatan pasien, terlepas dari tingkatan bahaya.

The next step was the elaboration of the aspect statements points for each dimension of patient safety culture, there are 24 aspects (Table 4), namely: (1) commitment to improvement, (2) inspection/auditing, (3)

SOP and policies, (4) priority given to patient safety (5) risk management system, (6) patient safety practices, (7) blame culture and punishment, (8) reporting system and usage, (9) staff feeling on reporting the incident, (10) data analysis, (11) focus of investigation, (12) results/output of investigation, (13) learning from safety incidents, (14) who decide the change after the incident, (15) communication about patient safety, (16) sharing the information, (17) communicating with patients about safety, (18) do the staffs feel supported?, (19) training needs, (20) training resources, (21) training purpose, (22) team structure, (23) the role of team member, (24) the flow of information and sharing.

Tabel 4. Dimension and aspect of patient safety culture

Dimension of patient safety culture Dimensi budaya keselamatan pasien	Aspects Aspek
Commitment to overall continuous improvement Komitmen untuk perbaikan terus menerus secara keseluruhan	1) commitment to improvement komitmen untuk perbaikan
	2) inspection / audit pemeriksaan/audit
	3) SOP and policies SOP dan kebijakan
Priority given to patient safety Prioritas pada keselamatan	4) priority given to patient safety prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien
	5) risk management system sistem manajemen resiko
	6) implementation of patient safety pelaksanaan keselamatan pasien
System errors and individual responsibility Kesalahan sistem dan tanggung jawab personal	7) blame culture and punishment budaya menyalahkan dan hukuman
	8) reporting system and usage sistem pelaporan dan kegunaannya
Recording incidents and best practice Mencatat insiden dan contoh yang baik	9) staff feeling on reporting the incident perasaan staf pada saat melaporkan insiden
	10) data analysis analisis data
	1) focus of investigation fokus investigasi
Evaluating incidents and best practice Mengevaluasi insiden dan contoh yang baik	2) results/ output of investigation hasil investigasi
	3) learning from safety incidents belajar dari insiden keselamatan
Learning and effecting change Pembelajaran dan perubahan	4) who decide the change after the incident bagian yang berperan dalam memutuskan adanya perubahan pasca insiden
	5) communication about patient safety komunikasi tentang keselamatan pasien
Communication about safety issues Komunikasi tentang isu keselamatan	6) sharing the information pembagian informasi
	7) communicating with patients about safety komunikasi dengan pasien tentang keselamatan
	8) do the staffs feel supported? dukungan petugas
Personnel management and safety issues Manajemen personil dan isu keselamatan	9) training needs kebutuhan pelatihan
	10) training resources sumber pelatihan
	11) training purpose tujuan pelatihan
Staff education and training Pendidikan dan pelatihan staf	12) team structure struktur tim
	13) the role of team member peran anggota tim
	14) the flow of information and sharing arus informasi dan sharing
Team working Kerjasama tim	

The composition of instrument statements was then validated by experts as the construct validity. The meaning of some statement have been selected which is suitable with the MaPSaF translation. The adjustment of meaning of research was expected to help respondents to understand and comprehend the contents of these instruments in the form of a questionnaire, for example for 3rd dimension (Table 5).

Tabel 5. Development of MaPSaF instrumen

Aspek Aspect	Patologis (A) Pathological (A)	Reaktif (B) Reactive (B)	Birokratik (C) Burauecratic (C)	Proaktif (D) Proactive (D)	Generatif (E) Generative (E)
Dimension 8. Manajemen personil dan isu keselamatan <i>Dimensi 8. Personnel management and safety issues</i>					
dukungan petugas <i>do the staffs feel supported?</i>	Staf merasa tidak didukung karena manajemen tidak memperhatikan kesehatan staf. Tidak ada peningkatan program SDM. <i>Staff feel unsupported, as poor health and attendance records are seen as diplinary matters.</i>	Tupoksi staf diperhatikan bila ada insiden. <i>Staff duties are noticed when there are incidents.</i>	Prosedur manajemen kepegawaian merupakan alat untuk mengontrol staf. <i>Personel management procedures are seen as a tool to control staff.</i>	Manajemen merancang dukungan terhadap kebutuhan staf. Kesehatan staf diperhatikan. <i>Management designed support for staff needs. Health of the staff payed attention.</i>	Manajemen kepegawaian melakukan refleksi dan pembahasan tentang kompetensi staf, melakukan supervisi dan mentoring. <i>Staffing management reflects and deliberates on staff competencies, supervises and mentoring</i>

We carried out a test instrument to 3 respondents working in excellent accredited hospital. Tests performed twice on the same respondents with different day. The results of the pilot test of the instrument was used as stability reliability test used was re-test. The result are different answers from three different respondents 100% on 3 aspects contained in the instrument MaPSaF (Table 6). These aspects are (1) patient safety practises, (2) communicating with patients about safety and (3) the flow of information and sharing.

Tabel 6. Test re-test result

	Respondent A					Respondent B					Respondent C										
	Day I			Day II		Day I			Day II		Day I			Day II							
	E	D	C	B	A	E	D	C	B	A	E	D	C	B	A	E	D	C	B	A	
1		+					+				1		+				+				
2		+					+				2		+				+				
3		+					+				3		+				+				
4	+						+				4	+					+				
5	+						+				5	+					+				
6		+					+				6		+				+				
7	+						+				7			+					+		
8		+					+				8	+					+			+	
9	+						+				9	+					+				+
10	+						+				10	+					+				
11		+					+				11		+				+				
12			+					+			12	+					+				
13		+						+			13	+					+				
14	+						+				14		+				+				+
15		+						+			15		+				+				+
16				+				+			16	+					+				+
17	+						+				17		+				+				+
18		+						+			18		+				+				+
19	+						+				19	+					+				+
20		+						+			20		+				+				+
21	+							+			21		+				+				+
22		+						+			22	+					+				+
23		+						+			23		+				+				+
24				+				+			24	+					+				+

Then the next step was to correct the statement which is not reliable by submitting to the expert to review again the meaning of the context of each description level of patient safety culture, by replacing the words on the unreliable statement (table 7).

Tabel 7. Last revision

	Before	After
	Prioritas yang diberikan untuk keselamatan pasien <i>Priority is given to patient safety</i> Aspek 6. Pelaksanaan keselamatan pasien <i>Implementation of patient safety</i>	
Generatif <i>Generative</i>	Pelaksanaan keselamatan pasien sudah melekat dengan seluruh aktivitas di rumah sakit <i>Implementation of patient safety is inherent to all activities in the hospital.</i>	Pelaksanaan keselamatan pasien sudah melekat dengan seluruh aktivitas di rumah sakit. <i>Implementation of patient safety is inherent to all activities in the hospital.</i>
Proaktif <i>Proactive</i>	Semua petugas terlibat dalam keselamatan pasien. <i>All staff involved in patient safety</i>	Semua petugas terlibat dalam keselamatan pasien, tetapi belum sepenuhnya terimplementasikan di aktivitas rumah sakit <i>All staff involved in patient safety, but not entirely reflected in the activity of hospital</i>
Birokratis <i>Bureaucratic</i>	Pelaksanaan keselamatan pasien gagal untuk merespon kompleksitas masalah yang terjadi <i>Implementation of the patient safety fail to respond the complexity of the problems that occur.</i>	Pelaksanaan keselamatan pasien menjadi tanggung jawab salah satu individu di organisasi. <i>Implementation of patient safety is the responsibility of individual in the organization.</i>
Reaktif <i>Reactive</i>	Keselamatan pasien dibicarakan bila sudah ada insiden. Keselamatan pasien dilaksanakan untuk keamanan petugas, bukan untuk keselamatan pasien. <i>Patient safety is discussed when there is an incident happens. Patient safety carries the staff security but not for patient.</i>	Keselamatan pasien dibicarakan bila sudah ada insiden. Keselamatan pasien dilaksanakan untuk keamanan petugas, bukan untuk keselamatan pasien. <i>Patient safety is discussed when there is an incident. Patient safety carried out for staff security, not for patient safety.</i>
Patologis <i>Pathological</i>	Petugas kurang peduli terhadap keselamatan pasien, karena menurut mereka sudah ada jaminan asuransi. <i>Staffs are less concerned about patient safety, because it is covered by insurance</i>	Petugas kurang peduli terhadap keselamatan pasien, karena menurut mereka sudah ada jaminan asuransi. <i>Staffs are less concerned about the safety of patients, because according to their existing insurance coverage.</i>

Tabel 7. Last revision

Komunikasi tentang isu keselamatan pasien <i>Communication about safety issues</i> Aspek 17. Komunikasi tentang keselamatan pasien kepada pasien <i>Communication about patient safety to patients</i>		
Generatif <i>Generative</i>	Tercipta komunikasi yang baik di dalam dan luar RS. <i>Good internal and external communication</i>	Transparansi insiden keselamatan pasien dan melibatkan peran pasien dalam manajemen resiko. <i>Transparency of patient safety incident and involved the patients in the risk management .</i>
Proaktif <i>Proactive</i>	Dilakukan komunikasi yang efektif tentang KP kepada pasien dan keluarga/pengunjung RS. <i>Communicating patient safety to patients and families/visitors of hospital.</i>	Komunikasi efektif tentang isu keselamatan pasien yang melibatkan pasien dan kelompok masyarakat. <i>Effective communication about patient safety issues involving the patient and community groups.</i>
Birokratis <i>Bureaucratic</i>	Banyak informasi tentang KP diperoleh dari pasien tetapi tidak dipergunakan secara efektif. <i>Informations about patient safety are not utilized effectively.</i>	Isu keselamatan pasien yang berasal dari pasien tidak dipergunakan dengan efektif. <i>The issue of patient safety that comes from patients not used effectively.</i>
Reaktif <i>Reactive</i>	Komunikasi dengan pasien bersifat satu arah saja. <i>One-way communication</i>	Informasi isu keselamatan pasien dari pasien tidak ditindaklanjuti oleh pihak rumah sakit. <i>Information on patient safety issues from the patients were not followed up by the hospital.</i>
Patologis <i>Pathological</i>	Pasien mendapat informasi bila diatur secara hukum. <i>Patients receive information when legally regulated.</i>	Pasien mendapat kesempatan komunikasi tentang insiden jika melibatkan hukum. <i>Patients have the opportunity of communication about the incident if it involved the law.</i>
Kerjasama tim <i>Team working</i> Aspek 24. Arus informasi dan <i>sharing</i> <i>The flow of information and sharing</i>		
Generatif <i>Generative</i>	Tim terbuka untuk membagi informasi dengan pihak lain yang berskala lokal, nasional maupun internasional. <i>The team is open to sharing information with other parties (local, national and international)</i>	Tim terbuka sepenuhnya untuk membagi dengan pihak lain dari berbagai organisasi lokal, nasional, maupun internasional. <i>The team is fully open to share with others from various local organizations, national, and international levels.</i>
Proaktif <i>Proactive</i>	Tim terbuka untuk membagikan informasi termasuk pada pihak luar. <i>The team is open to share the information included on outsiders.</i>	Tim terbuka untuk membagikan informasi kepada pihak luar dengan beberapa batasan. <i>The team is open to share information with outside parties with few restrictions.</i>
Birokratis <i>Bureaucratic</i>	Mekanisme yang mengatur informasi sudah ada tetapi tidak berjalan efektif. <i>The mechanisms that regulate the information is not effective.</i>	Mekanisme yang mengatur komunikasi sudah ada, namun tidak berjalan efektif. <i>The mechanisms that regulate the communication already exists, but is not effective.</i>
Reaktif <i>Reactive</i>	Arus informasi berlanjut sesuai dengan jenjang hirarki sesuai kepentingan. <i>The flow of information continues in accordance with the appropriate level of the hierarchy of their respective interests</i>	Arus informasi mengalir pada anggota tim setelah terjadi insiden. Tim bersifat defensif. <i>The flow of information flowing to team members after the incident. The team is defensive.</i>
Patologis <i>Pathological</i>	Informasi dibagikan antar anggota tim, saling merahasiakan. <i>The team members keep information</i>	Informasi dibagikan antar anggota tim, namun masih saling merahasiakan. <i>Information is shared among the team members, but still keep each other.</i>

4. Conclusion

This study was conducted to assess the culture model of patient safety in the hospital as a health organization, called Manchester Patient

Safety Framework (MaPSaF). MaPSaF instruments include multiple dimensions of safety culture model, and five levels of development culture model of patient safety. The framework can be identified MaPSaF into 24 aspects or more specific aspects within each dimension. Some of these aspects are: (1) commitment to improvement, (2) inspection/auditing, (3) SOP and policies, (4) priority given to patient safety (5) risk management system, (6) patient safety practices, (7) blame culture and punishment, (8) reporting system and usage, (9) staff feeling on reporting the incident, (10) data analysis, (11) focus of investigation, (12) results/output of investigation, (13) learning from safety incidents, (14) who decide the change after the incident, (15) communication about patient safety, (16) sharing the information, (17) communicating with patients about safety, (18) do the staffs feel supported?, (19) training needs, (20) training resources, (21) training purpose, (22) team structure, (23) the role of team member, (24) the flow of information and sharing.


The instrument can be used to identify the level of culture model of patient safety in hospital in Indonesia. It acknowledges the multidimensional and dynamic nature of the culture model, and allows the organization to assess their progress in developing the culture model of patient safety. This tool helps the health team in measuring their progress in making patient safety a major focus of their organization. This can help to determine the strengths and weaknesses the parts of the hospital so that the management or staff can improve culture of patient safety in the hospital in an effective manner.

References

1. Depkes RI. 2006. Panduan Nasional Keselamatan Pasien di Rumah Sakit. Jakarta.
2. Institute of Medicine. 2000. To err is human: building a safer health system. USA. Available from: <http://www.nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20%20report%20brief.pdf>
3. KKP-RS. 2008. Pedoman Pelaporan Insiden Keselamatan Pasien (IKP). Jakarta: KKP-RS.

4. Leape L.L. & Berwick D.M. 2000. Safe health care: are we up to it? *British Medical Journal* 320, 725–726.
5. Vincent C., Taylor-Adams S., Chapman E.J. et al. 2000. How to investigate and analyse clinical incidents: clinical risk management unit and association of litigation and risk management protocol. *British Medical Journal* 320, 777–781.
6. Nieva V.F. & Sorra J. 2003. Safety Culture Assessment: A Tool for Improving Patient Safety in Healthcare Organizations. *Quality and Safety in Healthcare* 12, ii17.
7. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties, Benchmarking Data, and Emerging Research. 2006. *BMC Health Service Research*. 6;44
8. Parker D. 2006. Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF) - Acute. National Patient Safety Agency. The University of Manchester. Available from: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59796>
9. Ary, Donald, Lucy Cheser Jacobs dan Asghar Razavieh. 1982. Pengantar Penelitian Dalam Pendidikan. terjemahan Arief Furchan, Surabaya: Usaha Nasional.
10. Mueller, Daniel J. 1986. *Measuring Social Attitudes*. New York: and London: Teacher College, Columbia University.
11. Lumenta, Nico, A. 2010. Tujuh Langkah Menuju Keselamatan Pasien Rumah Sakit. Workshop Keselamatan Pasien Rumah Sakit dan Manajemen Resiko Klinis di Rumah Sakit. Surabaya. PERSI.
12. Kirk S., Parker D., Claridge T., Esmail A. & Marshall M. 2007. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Quality and Safety in Healthcare* 16, 313–320.
13. Ari, S. T. 2013. *Analysis of Patient Safety Culture in Santa Elisabeth Hospital Batam 2012*. Jakarta: University of Indonesia.
14. Westrum R.. 1993. Cultures with requisite imagination. In *Verification and Validation in Complex Man-Machine Systems* (J. Wise, P. Stager & J. Hopkin eds), pp. 401–417. Springer, New York, NY
15. Parker, D and Hudson, P .2001. *Understanding your culture*, Shell International Exploration and Production.

Lampiran 5 Surat Izin Penelitian



RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA

Jl. KH. Ahmad Dahlan No. 20 Yogyakarta 55122
Telp. (0274) 512653 Fax. (0274) 566129, IGD : (0274) 370262, E-mail : pkujogja@yahoo.co.id

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

11 Shafar 1438 H/ 11 November 2016

Nomor : 2753 /PL24.2/XI/2016
Hal : Ijin Penelitian

Kepada Yth.
Ka.Prodi MMR UMY
Jl Lingkar Selatan Tamantirto Kasihan Bantul

Assalamu'alaikum wr.wb.

Memperhatikan surat Saudara Nomor : 747/MMR/C.6-III/2016 tanggal 27 Oktober 2016 tentang permohonan Penelitian bagi:

Nama : Arum Astika Sari
NIM : 20131030005
Judul Penelitian : Analisis Budaya Keselamatan Pasien Dalam Upaya Penerapan Program Keselamatan Pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Bersama ini disampaikan bahwa pada prinsipnya, kami dapat mengabulkan permohonan tersebut dengan ketentuan :


- Bersedia mentaati peraturan yang berlaku di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
- Bersedia mengganti barang yang dirusakkan selama menjalankan Penelitian..
- Bersedia menyerahkan pas foto 2 x 3 sebanyak 2 lembar untuk arsip dan tanda pengenal.
- Bersedia memberikan biaya administrasi sebesar Rp 400.000,- (Empat Ratus Ribu Rupiah) berlaku untuk kurun waktu 6 (enam) bulan dan diselesaikan sebelum pelaksanaan.
- Pembayaran dilakukan di bagian Keuangan pada jam kerja (08.00 – 13.00 WIB)
- Setelah selesai pengambilan data penelitian di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, peneliti wajib melapor ke Diklat dengan membawa hasil penelitian yang belum diujikan untuk dikoreksi dan dibuatkan surat keterangan selesai penelitian.
- Peneliti wajib menyerahkan hasil penelitian yang telah diujikan dan disahkan kepada RS PKU Muh. Yk. melalui Diklat dan menyerahkan Abstrak dan hasil penelitian kepada rumah sakit.

Catatan:

- Sebelum melaksanakan penelitian kepada yang bersangkutan diminta menghadap Supervisor Diklat (Hj. Sriyati, S.Kep.Ns)
- Selama melakukan Penelitian berkonsultasi dengan Pembimbing dari rumah sakit, yaitu :
 - dr. Sulistari Retnowati,Sp.Og
 - Mustika Astuti,S.Kep.,Ns

Jika ketentuan-ketentuan diatas tidak dapat dipenuhi maka dengan terpaksa kami akan meninjau ulang kerjasama dengan institusi bersangkutan untuk waktu-waktu selanjutnya.
Demikian, untuk menjadikan maklum

Wassalamu'alaikum wr.wb.



H. Iqbal Mardiyanto, Sp.An,MPH
NBM. 887.919

Tembusan:

- Direktur Umum, Keuangan dan Kepegawaian
- Supervisor Perbendaharaan
- Supervisor Diklat
- Pembimbing yang bersangkutan
- Peneliti yang bersangkutan (Arum Astika Sari)
- Arsip *Cepat - Mutu - Nyaman - Ringan - Islami*

Lampiran 6 *Certified Translation*



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
PUSAT PELATIHAN BAHASA

Yogyakarta, 28 September 2016

CERTIFIED TRANSLATION

To whom it may concern,

Under this person's name,

Name: Lanoke Intan Paradita, S.S., M.Hum.

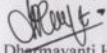
Institution: The Language Training Centre, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Hereby declare that this statement represents our work of translation from English into Indonesian on the document in form of questionnaire on behalf of:

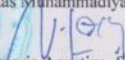
Name : Arum Astika Sari

Graduate student in Nursing Study Program, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

Sincerely,
PIC of the Translation Division
Language Training Centre
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta


Margaretha Dharmayanti H., S.Pd., M.Hum.

Noted by
Head of Language Training Centre UMY
Universitas Muhammadiyah Yogyakarta


Noor Qomaria Agustina, S.Pd., M.Hum.
NIK. 1974 0820 201210 193 020

Gedung Perpustakaan Lt. 4
Jalan Lingkar Selatan, Tamantirto,
Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183
Indonesia

+62 - 274 387656 ext. 151, 150, 169
+62 - 274 387646
<http://ppb.umy.ac.id>
ppbumy@umy.ac.id, ppbumy@gmail.com

Unggul & Islami

Lampiran 7 Curriculum Vitae

Data pribadi

Nama : dr. Arum Astika Sari
 Tempat, tanggal lahir : Banyumas, 12 April 1990
 Jenis kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 Status : Menikah
 Alamat asal : Jl. Puteran, RT 02/01 Berkoh.
 Purwokerto. Banyumas. Jawa Tengah. 53146
 Alamat domisili : Jl. Kemang Raya. Perum Sedayu Villas Blok J-7.
 Sukmajaya. Kota Depok.
 No Handphone : 085726311611
 Email : arumastika.md@gmail.com



Riwayat Pendidikan Formal

Tahun	Institusi Pendidikan
2012-2014	Profesi Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, Koassistensi di RSUD Panembahan Senopati Bantul DIY
2008-2012	Pendidikan Dokter Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
2005-2008	SMA N 1 Purwokerto. Kab. Banyumas
2002-2005	SMP N 2 Purwokerto. Kab. Banyumas
1996-2002	SD N 2 Sokanegara. Purwokerto Timur, Kab. Banyumas

Riwayat Pendidikan Non Formal

Tahun	Nama Pelatihan	Penyelenggara
Juli 2016	<i>Intensive ECG Course & Penanganan Penyakit Kardiovaskular</i>	IDI Cabang Klaten
April 2015	<i>ACLS (Advanced Cardiac Life Support)</i>	PERKI Yogyakarta
Februari 2015	Pelatihan Hiperkes dan Keselamatan Kerja	HIPERKES Yogyakarta

Riwayat Penelitian

Tahun	Judul Penelitian
2012	Hubungan Keakraban Orangtua dengan Prestasi Belajar pada anak <i>Attention Deficit and Hyperactivity Disorder</i>

Pengalaman Organisasi

Tahun	Organisasi
2015	Divisi Ilmiah CME Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
2008-2010	Divisi Pusdiklat Jari Mulia (Jaringan Muda Peduli HIV AIDS) Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
2005-2007	Anggota ESCS (<i>English Student Community of Smansa</i>) SMA N 1 Purwokerto
2003-2004	OSIS Divisi II Pendidikan Berbangsa dan Bernegara SMP N 2 Purwokerto

Pengalaman kerja

Periode	Nama Institusi	Jabatan
Juni 2015-Okt 2016	RSUD Sleman, DIY	Dokter Internsip
Okt 2015-Juni 2016	Puskesmas Minggir Sleman, DIY	Dokter Internsip