

IMPLEMENTASI *PATIENT SAFETY FRIENDLY HOSPITAL FRAMEWORK (PSFHF)* *ASSESSMENT* DI RUMAH SAKIT MATA “Dr. YAP”

Kategori: *Quality and Patient Safety*

Muhammad Brian Ristiano, Yulia Putri Ayuningdyah, Anggun Desi Wulandari

Ringkasan

Keselamatan pasien merupakan masalah global, dimana kejadian *harm* yang dapat dicegah masih relatif tinggi. Rumah Sakit Mata “Dr. YAP” mengimplementasikan *Patient Safety Friendly Hospital Framework (PSFHF)* untuk meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit.

Kegiatan dilaksanakan melalui langkah *initiating, preparing, assessing, improving, dan sustaining*. Instrumen PSFHF edisi 3 dialihbahasakan dan *digitalisasi* dengan Microsoft Excel untuk memudahkan penilaian.

Rumah Sakit Mata “Dr. YAP” berada pada level 3, dengan *Critical Criteria* 100%, *Core Criteria* 94,94%, dan *Development Criteria* 76,67%. Berdasarkan hasil *assessment PSFHF* ini didapatkan bahwa rumah sakit sudah menerapkan sebagian besar strategi keselamatan pasien, dan dapat dikembangkan kembali di masa mendatang.

Keyword: *Patient safety, Patient Safety Friendly Hospital Framework, Rumah Sakit Mata “Dr.YAP”*

A. Latar Belakang

Keselamatan pasien merupakan hak setiap manusia dan merupakan prinsip utama di pelayanan kesehatan. Berdasarkan WHO (*World Health Organization*), keselamatan pasien merupakan permasalahan global yang mayor. Dijumpai bahwa 10% dari 421 juta admisi ke rumah sakit setiap tahunnya mengalami *harm*¹.

Rumah Sakit Mata “Dr.YAP” Yogyakarta merupakan rumah sakit khusus mata yang telah berusia 100 tahun. Kebutuhan masyarakat dan transformasi sistem kesehatan, menuntut rumah sakit untuk terus meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Rumah Sakit Mata “Dr.YAP” telah menerapkan dan melaksanakan program keselamatan pasien serta terakreditasi paripurna, namun demikian potensi terjadinya insiden keselamatan pasien tidak bisa diabaikan. Mitigasi risiko perlu dilakukan, sehingga isu keselamatan pasien menjadi fokus utama dan tanggung jawab seluruh civitas hospitalia.

PSFHF atau *Patient Safety Friendly Hospital Framework* yang dibentuk pada tahun 2011 menjadi salah satu alat yang dapat digunakan dalam meningkatkan implementasi dari standar keselamatan pasien di rumah sakit. Kepatuhan terhadap standar PSFHF disebutkan dapat memastikan bahwa keselamatan pasien menjadi prioritas penting dan semua fasilitas serta staff telah mengimplementasikan pelayanan

yang terbaik². Selain itu, implementasi standar keselamatan pasien ini juga dapat meningkatkan kewaspadaan dari rumah sakit dan pasien. Adanya keterlibatan publik yang juga dituangkan dalam framework ini memberikan dorongan awal dalam pelaksanaan program terkait mutu lainnya³.

Adanya *tool* PSFHF ini merupakan sesuatu yang baru di Indonesia. Menjawab isu yang disampaikan di pertemuan PERSI tahun 2022, dan dengan harapan dapat menjawab pertanyaan seputar kesesuaian rumah sakit dalam menjalankan keselamatan pasien, Rumah Sakit Mata “Dr.YAP” mengimplementasikan PSFHF edisi 3 untuk pertama kalinya. Adanya PSFHF ini diharapkan mampu memberikan gambaran mengenai keselamatan pasien yang dilaksanakan di rumah sakit, dan diharapkan dapat meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit.

B. Tujuan

1. Menjadi *self-assessment* rumah sakit terkait keselamatan pasien yang dilaksanakan di rumah sakit
2. Sebagai acuan untuk peningkatan program keselamatan pasien di rumah sakit
3. Meningkatkan kerangka peningkatan budaya keselamatan pasien di RS Mata “Dr. YAP”

C. Langkah-Langkah

Langkah-langkah kegiatan mengikuti kerangka kegiatan PSFHF sesuai dengan *Patient Safety Assessment Manual Third Edition*, yaitu:

1. Initiating

Inisialisasi dimulai dengan jejak pendapat internal Komite Mutu, dilanjutkan dengan melakukan *literature review* melalui telaah jurnal terkait. Setelah dilakukan *review*, Komite Mutu melakukan telaah dan mengadopsi borang PSFHF ke dalam bahasa Indonesia dan format Microsoft Excel untuk memudahkan penilaian. Borang PSFHF yang digunakan adalah PSFHF edisi ketiga, terdiri dari 5 domain dan 134 standar. Inisiasi dilanjutkan dengan penyusunan proposal kegiatan PSFHF. Kegiatan dilaksanakan pada minggu keempat Juli hingga minggu pertama Agustus 2023.

2. Preparing

Persiapan yang dilakukan yaitu sosialisasi rencana kegiatan dan borang PSFHF kepada semua unit kerja dan asesor internal. Kegiatan ini dilaksanakan pada minggu kedua hingga keempat Agustus 2023. Kriteria asesor menyesuaikan dengan kondisi rumah sakit dan *Patient Safety Assessment Manual Third Edition* sebagai berikut:

- a. Memiliki pengalaman kerja minimal 5 tahun dan berpendidikan *post-graduate*.
- b. Memiliki pengalaman dalam akreditasi rumah sakit
- c. Telah mengikuti pelatihan mutu dan keselamatan pasien
- d. Memiliki pengetahuan PSFHF dan metodologi surveynya

- e. Mengetahui dan memahami: sistem dan pendidikan pelayanan kesehatan, metode keselamatan pasien, regulasi, akreditasi, dan peningkatan mutu
- f. Memiliki skill analitik, kewaspadaan terhadap budaya, profesionalisme, interpersonal dan komunikasi
- g. Manajemen waktu baik

3. *Assessing*

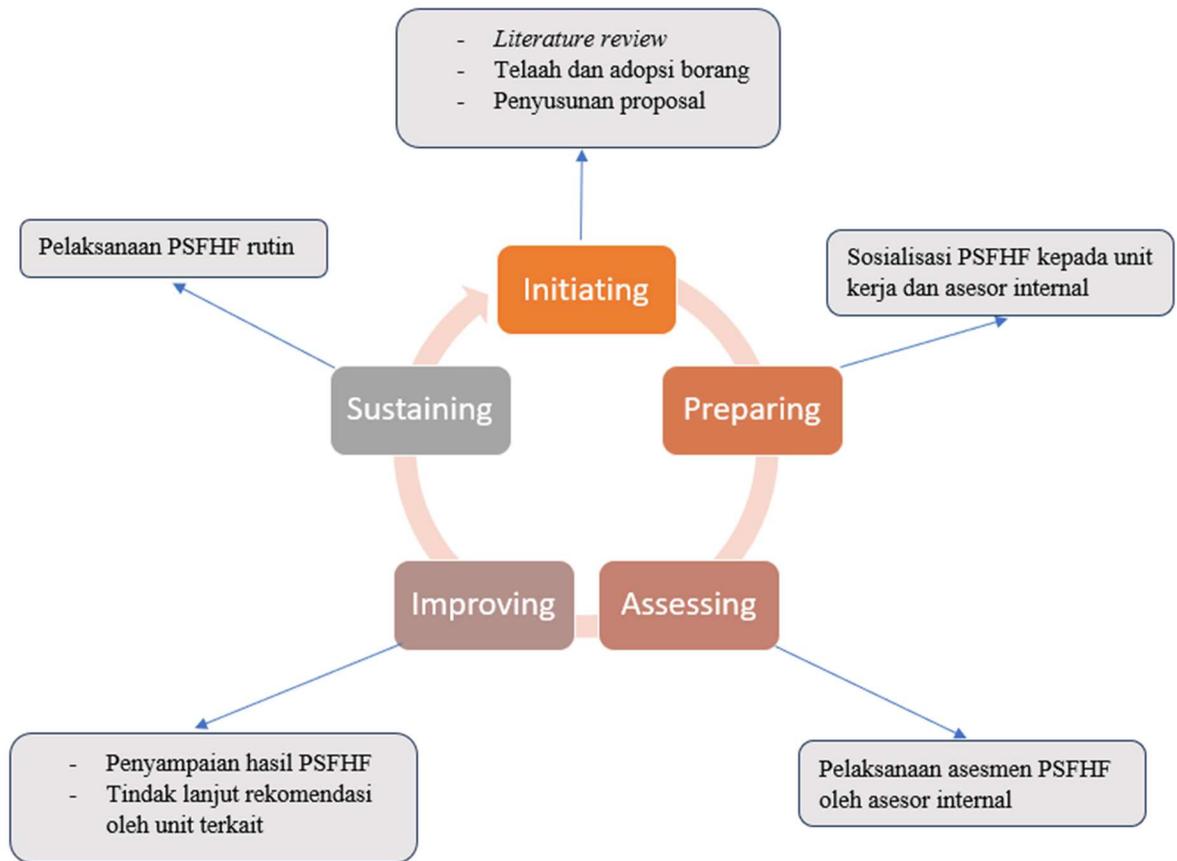
Pelaksanaan assessment PSFHF dilakukan oleh asesor internal pada minggu ketiga dan keempat bulan September 2023. Kegiatan berlangsung selama tiga hari dengan telusur dokumen, wawancara staf, dan telusur lapangan. Hasil kegiatan disusun dalam laporan kepada pimpinan meliputi hasil penilaian, analisa, dan rekomendasi tindak lanjut bagi rumah sakit.

4. *Improving*

Peningkatan keselamatan pasien dilakukan berdasarkan hasil temuan dan rekomendasi dari asesor internal yang ditindaklanjuti oleh unit terkait di rumah sakit.

5. *Sustaining*

PSFHF perlu dilaksanakan berkesinambungan, sehingga program ini akan dilaksanakan secara rutin di Rumah Sakit Mata “Dr.YAP” demi terselenggaranya keselamatan pasien sesuai standar.



Gambar 1. Langkah-langkah pelaksanaan PSFHF

D. Hasil

Dari pelaksanaan *assessment* PSFHF diperoleh hasil sebagai berikut:

1. Penilaian Setiap Domain

Domain	Critical Criteria	Core Criteria	Development Criteria	Total kriteria terpenuhi	Total kriteria per domain	Persentase (%)
A. Leadership and Management	7	22	2	31	36	86,11%
B. Patient and Public Involvement	2	19,5	5	27	31	85,48%
C. Safe Evidence-based Clinical Practice	14	24	2	40	40	100,00%
D. Safe Environment	1	17	0,5	19	22	84,09%
E. Life-long Learning	1	2	2,0	5	5	100,00%

Tabel 1. Penilaian setiap domain

Domain A: Leadership and Management

Pelaksanaan standar pada domain A mencapai 86,11%. Domain ini mencakup standar-standar terkait program dan kebijakan keselamatan pasien serta dukungan kepemimpinan. Rumah sakit telah memiliki hasil yang baik dalam dukungan pimpinan, kebijakan dan SOP layanan klinis, serta ketersediaan peralatan yang penting untuk pelayanan. Di sisi lain, rumah sakit perlu meningkatkan pelaksanaan audit dan review kasus klinis secara berkala.

Domain B: Patient and Public Involvement

Pelaksanaan standar pada domain B mencapai 85,48%. Rumah sakit memiliki hasil yang baik dalam hal pernyataan hak-hak pasien dan keluarga, membangun kesadaran pasien akan kesehatan dirinya, identifikasi pasien, dan memperhatikan suara pasien. Rumah sakit perlu mengembangkan mekanisme untuk mengomunikasikan kejadian buruk kepada pasien.

Domain C: Safe Evidence-based Clinical Practice

Pelaksanaan standar pada domain C telah mencapai 100%. Domain ini mencakup standar terkait praktik dan prosedur medis, seperti keselamatan penyuntikan, kebersihan tangan, transfusi darah, pembedahan, dan pengendalian infeksi.

Domain D: Safe Environment

Pelaksanaan standar pada domain D adalah sebesar 84,09%. Rumah sakit perlu meningkatkan *warning system* untuk suplai air dan gas medis sebagai sistem utilitas

kunci, pelaksanaan simulasi bencana berkala, dan keamanan rekam medis elektronik.

Domain E: Life-long Learning

Pelaksanaan standar pada domain C telah mencapai 100%. Standar ini mencakup orientasi keselamatan pasien untuk staf, penelitian klinis, dan proyek peningkatan mutu.

2. Penilaian Keseluruhan

Domain	Critical Criteria	Core Criteria	Development Criteria
A. Leadership and Management	7	22	2
B. Patient and Public Involvement	2	19,5	5
C. Safe Evidence-based Clinical Practice	14	24	2
D. Safe Environment	1	17	0,5
E. Life-long Learning	1	2	2,0
Total kriteria yang terpenuhi	25	84,50	11,50
Total kriteria standar	25	89	15
Presentase	100,00%	94,94%	76,67%

Tabel 2. Penilaian keseluruhan

Penilaian level keselamatan pasien rumah sakit berdasarkan PSFHF menggunakan kriteria sebagai berikut:

Level Rumah Sakit	Critical Criteria	Core Criteria	Development Criteria
1	100%	Berapapun	Berapapun
2	100%	60-89%	Berapapun
3	100%	$\geq 90\%$	Berapapun
4	100%	$\geq 90\%$	$\geq 80\%$

Tabel 3. Grading level rumah sakit

Didapatkan bahwa RS Mata “Dr. YAP” berada pada level 3, dengan rincian *Critical Criteria* 100 %, *Core Criteria* 94,94%, dan *Development Criteria* 76,67%.

E. Kesimpulan

PSFHF dapat diterapkan di Indonesia sebagai *self-assessment* strategi keselamatan pasien yang telah berjalan di rumah sakit. Bagi Rumah Sakit Mata “Dr. YAP”, penilaian ini dinilai mampu menggambarkan kekuatan dan peluang peningkatan keselamatan pasien di rumah sakit.

Referensi

1. WHO, 2020. Patient Safety Assessment Manual 3rd Edition. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.
2. Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S., editors. 1999. To err is human: building a safer health system. Washington (DC): Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America.
3. Siddiqi, S., Elasadly, R., Khorsid, I., Fortune, T., Leotsakos, A., et al. 2012. Patient Safety Friendly Hospital Initiative: from evidence to action in seven developing country hospitals. *International Journal for Quality in Health Care* 2012; 24(2):144-151.

Lampiran:

1. Surat pengesahan Direktur RS Mata “Dr. YAP”

LEMBAR PENGESAHAN

**IMPLEMENTASI *PATIENT SAFETY FRIENDLY HOSPITAL FRAMEWORK*
(*PSFHF*) ASSESSMENT DI RUMAH SAKIT MATA “Dr. YAP”**

KATEGORI

QUALITY AND PATIENT SAFETY

Disusun oleh

dr Muhammad Brian Ristiano, Sp.An-TI

Yulia Putri Ayuningdyah, S.Psi

dr Anggun Desi Wulandari, MPH



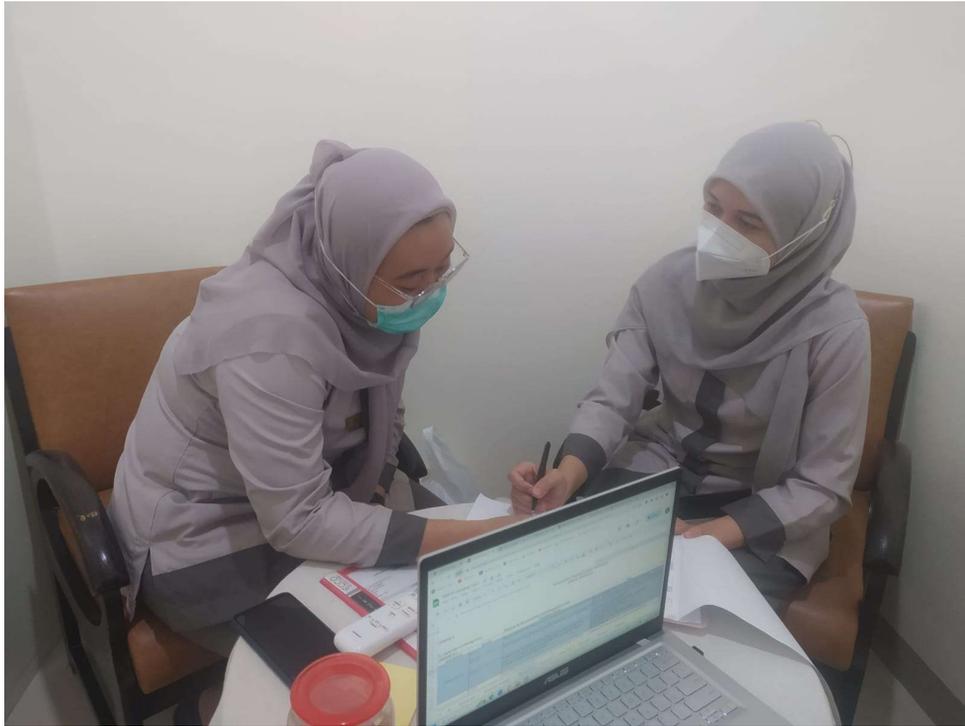
Yogyakarta, 2 Oktober 2023

Direktur Utama Rumah Sakit Mata “Dr Yap”

RUMAH SAKIT MATA
”DR. YAP”
YOGYAKARTA

dr. Alida Lienawati, M.Kes., FISQua
NIK. 452/RSM/IV-2020

2. Dokumentasi kegiatan dan borang PSFHF





**PETUNJUK PENGISIAN BORANG PATIENT SAFETY FRIENDLY HOSPITAL ASSESSMENT
RUMAH SAKIT MATA "DR.YAP"**

- 1 Isi borang dengan nilai 0 atau 0.5 atau 1. Borang akan otomatis menghitung nilai total, persentase dan grading RS
- 2 Untuk borang yang tidak bisa dinilai karena tidak tersedia di RS, kosongi nilai pada borang yang dimaksud atau berikan tanda **SELAIN ANGKA**
- 3 Borang "Critical Criteria" adalah standar yang harus ada di RS, sehingga apabila tidak ada/nilai 0 maka borang akan langsung menyatakan "CRITICAL" dan data tidak bisa dihitung
- 4 Selamat melakukan self assesment!

HOSPITAL IN BRIEF

- 1 Nama Rumah Sakit
- 2 Daftar tipe pelayanan medis yang disediakan rumah sakit
- 3 Beberapa statistik:
 - a. Jumlah bed pasien rawat inap (yang saat ini beroperasi)
 - b. Sensus rata-rata pasien rawat inap harian
 - c. Kunjungan rawat jalan/ambulatori pertahun
 - d. Kunjungan emergensi pertahun
 - e. Jumlah kelahiran per tahun
 - f. Length of stay
 - g. Occupancy rate
 - h. Mortalitas dan morbiditas

- 4 Daftar 5 diagnosis medis dan 5 prosedur bedah terbanyak yang dilakukan

Diagnosis Medis	Prosedur Bedah
1	1
2	2
etc	etc

- 5 Daftar layanan non medis yang mendukung rumah sakit
- 6 Daftar pelayanan outsourcing
- 7 Apakah terdapat layanan ambulans
- 8 Deskripsi tempat: daftar semua bangunan yang berafiliasi
- 9 Apakah terdapat insiden selama 12 bulan terakhir yang mempengaruhi pelayanan pasien yang ingin dibagi dengan peer review team survey?

**PATIENT SAFETY FRIENDLY HOSPITAL ASSESSMENT
BORANG ASSESSMENT**

DOMAIN A

A. Leadership and Management

STANDAR A.1

: **Pimpinan RS dan pemerintah mendukung patient safety**

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Critical Criteria	A.1.1.1	Rumah sakit memiliki rencana strategis dengan patient safety sebagai prioritas	Rencana Strategis dengan bukti adanya patient safety goals Rencana operasional dengan bukti adanya kegiatan patient safety tahunan	D,W	1
	A.1.1.2	Adanya korporat dan pengelola klinis/sistem kepemimpinan di RS yang diakui	Struktur organisasi yang menunjukkan supervisi/hubungan pelaporan untuk Deskripsi pekerjaan dari dewan direksi atau yang serupa	D,W,O	1
	A.1.1.3	Kepemimpinan RS mendukung kebudayaan patient safety melalui ronde patient safety bulanan untuk mengidentifikasi dan mengambil langkah terhadap masalah keselamatan pasien	Jadwal ronde bagi pihak manajemen Adanya anggota tim ronde Hasil pelaksanaan dan langkah yang diambil Feedback bagi staff	D,W	1
Core Criteria	A.1.2.1	Kepemimpinan RS menyediakan sumber daya termasuk anggaran tahunan untuk kegiatan patient safety berdasarkan rencana kegiatan yang detail	Anggaran RS yang menunjukkan alokasi untuk patient safety Sumber daya finansial untuk program IPC, pelatihan staff	D,W	1
	A.1.2.2	Kepemimpinan RS menyediakan kerangka manajemen etik yang mendukung pengambilan keputusan pada pelayanan kesehatan dan manajemen penelitian	Kode etik terkait penelitian, resusitasi, consent dan kerahasiaan Kebijakan dukungan etik pada keputusan klinis yang sulit Kebijakan pada etik penelitian	D,W	1
	A.1.2.3	Kepemimpinan RS menilai budaya patient safety tiap tahun dengan rencana tindak lanjut yang direview tiap 3 (tiga) bulan	Proses untuk menilai budaya patient safety menggunakan kuesioner untuk Proses untuk menilai budaya patient safety sebelum dan saat implementasi	D,W	1
	A.1.2.4	Kepemimpinan RS tiap tahun mengakui dan merayakan Hand Hygiene Day (5 Mei)	Bukti kegiatan patient safety di RS dan/atau komunitas pada tanggal-tanggal	D,W	1
Development Criteria	A.1.3.1	Rencana strategis RS memuat visi, misi dan nilai-nilai yang mendemonstrasikan	Rencana strategis dengan visi misi dan nilai-nilai tersebut mengenai patient	D,W,O	1
TOTAL PENILAIAN					8
PERSENTASE					100%
CRITICAL CRITERIA					3
CORE CRITERIA					4
DEVELOPMENT CRITERIA					1

STANDAR A.2

: **RS memiliki program patient safety**

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Critical Criteria	A.2.1.1	Kepemimpinan RS memastikan adanya anggota staff senior yang terqualifikasi dengan tanggung jawab, akuntabilitas, dan kewenangan terhadap patient safety	Deskripsi pekerjaan dari koordinator patient safety atau yang serupa Struktur organisasi	D,W	1
Core Criteria	A.2.2.1	RS memiliki badan internal/komite keselamatan pasien multidisiplin untuk mengarahkan risiko dan keselamatan di RS	TOR dari komite terkait mengenai keselamatan dan risiko Hasil rapat per 2 bulan	D,W	1
	A.2.2.2	Program patient safety memiliki jadwal audit per 3 bulan, hasilnya digunakan untuk meningkatkan layanan pasien	Jadwal audit per 3 bulan baik klinis maupun lingkungan termasuk penilaian Adanya tindak lanjut dari hasil temuan	D,W	0.5
	A.2.2.3	Manajer patient safety melaporkan setiap kegiatan patient safety dan mensosialisasikannya pada semua staff tiap 3 bulan	Laporan per 3 bulan disampaikan ke dewan direksi dan staff RS Laporan memuat kegiatan yang telah terlaksana pada rencana kegiatan	D,W	1
	A.2.2.4	Risiko terkait patient safety dimanajemen secara aktif	Prosedur untuk memfokuskan mitigasi risiko sebelum terjadi insiden Sistem pelaporan untuk KNC Jadwal audit	D,W	1
	A.2.2.5	Terdapat kerangka manajemen risiko meliputi rencana, kebijakan dan register yang digunakan untuk mengidentifikasi dan mengurangi efek samping serta risiko keselamatan baik untuk petugas, pasien dan pengunjung RS.	Rencana, register, dan kebijakan terkait manajemen risiko Sistem tracking dan pelaporan pada insiden Risk register meliputi daftar prioritas risiko beserta rencana mitigasinya	D,W	1
	A.2.2.6	RS mengadakan pertemuan terkait mortalitas dan morbiditas per 2 bulan	TOR pelaksanaan pertemuan Sampel review kasus dan tindak lanjut yang dilakukan	D,W	0,5
	A.2.2.7	Manajer patient safety mengembangkan dan mengimplementasi proses untuk	Kebijakan strategi komunikasi terkait SBAR, konsul via telepon, dan pelaporan	D,W	1
Development Criteria	A.2.3.1	Manajer patient safety melaporkan kegiatan patient safety dan diseminasikan secara eksternal	Laporan kegiatan patient safety yang diseminasikan secara eksternal ke Hasil survey PSFHF dilakukan benchmark dengan RS lain	D,W	0.5
TOTAL PENILAIAN					7
PERSENTASE					88%
CRITICAL CRITERIA					1
CORE CRITERIA					5.5
DEVELOPMENT CRITERIA					0.5

STANDAR A.3 : **RS menggunakan data untuk meningkatkan performa keselamatan**

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Core Criteria	A.3.2.1	Manajer patient safety bertindak terhadap pengukuran dan hasil melalui rencana	Program rencana tindak lanjut atau rencana peningkatan kualitas patient	D,W	1
	A.3.2.2	Manajer patient safety memiliki proses dan pengukuran output yang menilai performa dengan fokus spesial pada patient safety	Patient safety goals	D,W	1
			Profil indikator patient safety		
			Target berhubungan dengan patient safety goals		
	Key performance Indicator (KPI)				
Development Criteria	A.3.3.1	RS membandingkan indikator keselamatan pasiennya secara berkala, dan/atau	Laporan data benchmark berkala yang menunjukkan korelasi dengan	D,W,O	0.5
TOTAL PENILAIAN					2.5
PERSENTASE					83%
CRITICAL CRITERIA					0
CORE CRITERIA					2
DEVELOPMENT CRITERIA					0.5

STANDAR A.4 : **RS memiliki peralatan yang berfungsi dan supply esensial untuk menjalankan pelayanannya**

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Critical Criteria	A.4.1.1	Kepemimpinan memastikan ketersediaan peralatan yang berfungsi dan suplai esensial di tiap departemen	Proses identifikasi peralatan dan suplai esensial dalam pelayanan pasien	D,W,O	1
			Register aset untuk semua peralatan		
Core Criteria	A.4.2.1	Terdapat program maintenans preventif untuk menginspeksi, test dan kalibrasi semua alat	Adanya peralatan resusitasi	D,W,O	1
			Dokumentasi program maintenans beserta dengan PIC yang		
			Prosedur untuk maintenans peralatan termasuk tes kalibrasi		
	A.4.2.2	Terdapat sistem untuk memperbaiki atau mengganti alat termasuk pemberitahuan hazard atau recall	Jadwal tes rutin dan kalibrasi mesin	D,W,O	1
			Laporan hasil maintenans		
	A.4.2.3	RS memastikan bahwa staff menerima pelatihan yang sesuai untuk semua peralatan	Prosedur untuk mengganti peralatan	D,W	1
		Kebijakan untuk mengkomunikasikan adanya hazard pada staff terkait			
			Laporan pelatihan yang memuat penggunaan dan maintenans: infus pump,		
TOTAL PENILAIAN					4
PERSENTASE					100%
CRITICAL CRITERIA					1
CORE CRITERIA					3
DEVELOPMENT CRITERIA					0

STANDAR A.5 : **Pimpinan memastikan ketersediaan staff berkompeten termasuk praktisi independen dan relawan untuk memastikan pelayanan aman sepanjang waktu**

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Critical Criteria	A.5.1.1	Pimpinan RS memastikan adanya staff kompeten yang cukup jumlahnya untuk menyediakan pelayanan pasien yang aman sepanjang waktu	Adanya perencanaan dari SDM	D,W,O	1
	A.5.1.2	Terdapat proses yang jelas untuk memastikan semua staff klinis teregistrasi untuk melakukan pelayanan sesuai dengan spesifikasi	Adanya staff yang ditunjuk untuk bertanggungjawab terhadap perencanaan		
Core Criteria	A.5.2.1	Terdapat sistem untuk memonitor tingkat kompetensi tenaga kesehatan, termasuk praktisi independen dan relawan	Kebijakan untuk memvalidasi dan mencatat kualifikasi dan lisensi staff,	D,W,O	1
			File personel dengan bukti kualifikasi staf, registrasi profesional dan lisensi		
	A.5.2.2	RS memiliki program pencegahan kekerasan di tempat kerja	Proses terstruktur dan berbasis bukti untuk memonitor kompetensi tenaga	D,W,O	0,5
			TOR untuk staff medis atau komite relevan lainnya		
			Hasil pertemuan komite medis dan keperawatan (staff medis)		
	A.5.2.3	Staff mendapatkan waktu istirahat yang cukup untuk memastikan pelayanan berlangsung dengan aman dan sesuai dengan undang-undang	Adanya program pencegahan kekerasan di tempat kerja	D,W	0,5
			Kebijakan dan prosedur untuk staff klinis		
	A.5.2.4	Peserta pendidikan dan magang bekerja sesuai dengan kompetensi dan dibawah	Shift kerja untuk staff klinis	D,W	1
Kepatuhan dengan undang-undang dan regulasi nasional					
A.5.2.5	Program kesehatan okupasional diterapkan untuk semua staff	Kebijakan dan prosedur untuk waktu istirahat untuk memastikan pelayanan	D,W	1	
		Kebijakan dan prosedur untuk peserta pendidikan dapat bekerja sesuai			
A.5.2.6	RS memiliki sistem untuk memastikan praktek injeksi aman	Program kesehatan okupasional meliputi: pelatihan manual handling,	D,W	1	
		Catatan personel dengan bukti catatan kesehatan okupasional			
		Kebijakan mengenai manajemen benda tajam, manajemen needle stick	D,W	1	
TOTAL PENILAIAN					6
PERSENTASE					100%
CRITICAL CRITERIA					2
CORE CRITERIA					4
DEVELOPMENT CRITERIA					0

STANDAR A.6 : **RS memiliki sistem manajemen informasi untuk mendukung pelayanan yang aman untuk semua departemen**

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Core Criteria	A.6.2.1	Terdapat proses untuk mengembangkan dan mengontrol semua dokumen, kebijakan dan prosedur bagi semua departemen dalam kondisi terkontrol yang konsisten	Kebijakan untuk pengembangan kebijakan Template untuk kebijakan yang seragam Dokumentasi/catatan sistem kontrol	D,W	1
	A.6.2.2	RS menjaga rekam medis yang terstandar dengan identifikasi yang unik untuk tiap pasien	Kebijakan terkait isi rekam medis, mendapatkan identifikasi unik pasien, serta Audit kelengkapan rekam medis, legibilitas tulisan tangan	D,W	0.5
	A.6.2.3	RS menggunakan kode yang terstandar untuk diagnosis penyakit dan prosedur.	Pelaporan menggunakan ICD 10 atau 11	D,W,O	1
	A.6.2.4	RS memastikan rekam medis aman dan dapat diakses dengan mudah oleh penyedia	Audit avaibilitas rekam medis	D,W,O	1
TOTAL PENILAIAN					3.5
PERSENTASE					88%
CRITICAL CRITERIA					0
CORE CRITERIA					3.5
DEVELOPMENT CRITERIA					0

**PATIENT SAFETY FRIENDLY HOSPITAL ASSESSMENT
BORANG ASSESSMENT**

DOMAIN B

B. Patient and Public Involvement

STANDAR B.1 : **Terdapat program untuk melindungi hak pasien termasuk patient safety**

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Core Criteria	B.1.2.1	RS memiliki pernyataan hak pasien yang dapat diakses oleh semua pasien, keluarga	Pernyataan hak pasien yang terdokumentasi dan disetujui, dapat diakses oleh	D,W,O	1
	B.1.2.2	Patient safety masuk dalam pernyataan hak pasien	Terdapat bukti pasien berhak terhadap lingkungan yang aman dan bersih serta dilayani oleh staf berkompeten sebagai bukti adanya patient safety	D,W,O	1
	B.1.2.3	Terdapat proses terdokumentasi untuk menangani situasi bila pasien menolak	Kebijakan dan form untuk pasien yang menolak perawatan diluar advis medis.	D,W,O	1
	B.1.2.4	RS menginformasikan pada pasien tentang tanggungjawab pasien selama	Pernyataan tanggungjawab pasien meliputi: terdokumentasi dan telah	D,W,O	1
TOTAL PENILAIAN					4
PERSENTASE					100%
CRITICAL CRITERIA					0
CORE CRITERIA					4
DEVELOPMENT CRITERIA					0

STANDAR B.2 : **RS membangun kewaspadaan kesehatan untuk pasien dan pengantar pasien untuk mendorong dalam berbagi untuk menentukan keputusan yang benar berdasarkan pelayanannya**

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Critical Criteria	B.2.1.1	Informed consent didapatkan sebelum tindakan yang membutuhkan informed	Adanya kebijakan dan prosedur informed consent mencakup daftar prosedur	D,W,O	1
Core Criteria	B.2.2.1	RS menyediakan edukasi yang mendukung partisipasi pasien dan keluarganya dalam mengambil keputusan pelayanan dan untuk patient safety secara umum	Materi edukasi seperti brosur, literatur, lecture notes Hasil pertemuan kelompok support penyakit yang spesifik dan tandatangan Kebijakan dan prosedur promosi kesehatan	D,W,O	1
	B.2.2.2	Semua pasien mendapatkan informasi terbaru mengenai diagnosis dan terapinya	Proses resume discharge pasien meliputi siapa yang bertanggungjawab dan	D,W	1
	B.2.2.3	RS melatih pasien dan pengantar pasien terkait perawatan paska discharge	Proses pelatihan pengantar pasien dalam perawatan paska discharge meliputi	D,W	1
	B.2.2.4	Saat admisi, riwayat medis menyeluruh, rencana tindakan, dan kebutuhan pasien dinilai dan dicatat pada rekam medis pasien	Adanya rekam medis berisi riwayat medis dan rencana tindakan Pathway pelayanan terintegrasi	D,W,O	1
	B.2.2.5	Saat discharge, resume rujukan/discharge disampaikan kepada pasien dan dokter	Proses resume discharge pasien meliputi siapa yang bertanggungjawab dan	D,W	1
	B.2.2.6	Metode edukasi memperhatikan kultur, nilai-nilai dan preferensi pasien dan	Kebijakan mengenai literasi kesehatan	D,W	1
	B.2.2.7	Pasien dipahami dan didorong untuk berperan aktif dalam 3 WHO Global Patient	Pasien paham dan berperan aktif dalam pelayanan yang aman, meliputi:	D,W,O	0.5
Development Criteria	B.2.3.1	RS mendorong pasien untuk berpartisipasi dalam perencanaan dan membuat keputusan terkait pelayanan kesehatannya, termasuk discharge atau rujukan	Proses untuk mendorong pasien dalam merencanakan dan mengambil Rencana discharge atau rujukan melibatkan pasien Bila kematian merupakan outcome, perencanaan dapat meliputi	D,W	1
	B.2.3.2	RS menyediakan edukasi patient safety melalui media termasuk media cetak, sosial media, dan website yang dapat diakses publik	Website pelayanan kesehatan rumah sakit	D,W,O	1
			Akses pasien pada website pelayanan kesehatan RS		
TOTAL PENILAIAN					9.5
PERSENTASE					95%
CRITICAL CRITERIA					1
CORE CRITERIA					6.5
DEVELOPMENT CRITERIA					2

STANDAR B.3 : **RS memastikan praktek terbaik dalam identifikasi pasien dan verifikasi pada semua tingkat pelayanan**

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Critical Criteria	B.3.1.1	Proses identifikasi digunakan di seluruh RS membutuhkan minimal 2 cara untuk identifikasi pasien	Kebijakan dan prosedur untuk identifikasi pasien dan verifikasi, termasuk Identifikator dapat meliputi nama lengkap pasien, tanggal lahir, foto dan	D,W,O	1
Core Criteria	B.3.2.1	Terdapat sistem untuk identifikasi dan pencatatan alergi	Kebijakan dan prosedur untuk identifikasi pasien dan verifikasi, termasuk Identifikator dapat meliputi nama lengkap pasien, tanggal lahir, foto dan	D,W,O	1
	B.3.2.2	Hak pasien terkait privasi dan kerahasiaan terkait informasi dan pelayanan dihargai	Kebijakan mengenai penyimpanan rekam medis dan akses terbatas pada data	D,W,O	1
Development Criteria	B.3.3.1	RS menggunakan barcode untuk identifikasi pasien	Kebijakan penggunaan barcode untuk identifikasi pasien saat melakukan	D,W,O	0

TOTAL PENILAIAN	3
PERSENTASE	75%
CRITICAL CRITERIA	1
CORE CRITERIA	2
DEVELOPMENT CRITERIA	0

STANDAR B.4 : **RS melibatkan komunitas dalam kegiatan patient safety**

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Core Criteria	B.4.2.1	RS melakukan kampanye patient safety untuk membagi solusi dan meningkatkan kewaspadaan patient safety di komunitas	Proses perencanaan kampanye patient safety	D,W	1
			Adanya komunitas yang diberikan kampanye		
			Hasil pertemuan dan rencana aksi untuk kampanye patient safety		
			Hasil pertemuan dengan kelompok sipil, NGO dan ketua komunitas		
Development Criteria	B.4.2.2	RS menggunakan media dan/atau marketing untuk mempromosikan patient safety	Material media untuk promosi patient safety (misal press release terkait	D,W	1
			Material marketing untuk promosi patient safety (misal press release terkait		
Development Criteria	B.4.3.1	RS melibatkan komunitas dalam desain dan implementasi program patient safety dan pengembangannya	Strategi untuk pelibatan komunitas (contoh NGO, advokasi pasien)	D,W	0.5
			Kebijakan dan prosedur terkait keterlibatan komunitas		
	B.4.3.2	Pasien memiliki akses terhadap rekam medisnya dengan kesempatan untuk	Kebijakan mengenai bagaimana pasien dapat meminta akses pada rekam	D,W	1
TOTAL PENILAIAN					3.5
PERSENTASE					88%
CRITICAL CRITERIA					0
CORE CRITERIA					2
DEVELOPMENT CRITERIA					1.5

STANDAR B.5 : **RS mengkomunikasikan insiden patient safety kepada pasien dan pengantar pasien**

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Core Criteria	B.5.2.1	RS memiliki kebijakan untuk menyampaikan insiden pada staff, pasien dan pengantar pasien	Kebijakan dan prosedur penyampaian pada staff, pasien dan pengantar	D,W	0.5
			Bukti kasus insiden sebelumnya terkait pasien dan follow-up nya.		
	B.5.2.2	RS memiliki layanan advokasi pasien untuk menjelaskan informasi yang diterima dari tim medis atau insiden ke pasien dan pengantarnya.	Job desc untuk advokat pasien atau yang serupa	D,W	0
			Daftar layanan yang dapat dilakukan oleh advokat pasien		
			Bukti pelatihan yang didapatkan advokat pasien seperti skill komunikasi untuk		
TOTAL PENILAIAN					0.5
PERSENTASE					25%
CRITICAL CRITERIA					0
CORE CRITERIA					0.5
DEVELOPMENT CRITERIA					0

STANDAR B.6 : **RS mendorong feedback dari pasien dan bertindak berdasarkan kekhawatiran dan pujian pasien**

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Core Criteria	B.6.2.1	RS mendapatkan feedback dari pasien dan pengantar pasien melalui proses reaktif dan proaktif.	Proses reaktif : komplain, laporan insiden	D,W,O	0.5
			Proses proaktif : survey, kotak saran, patient reported outcome measures		
			Tindak lanjut sesuai feedback pasien		
			Komunikasi hasil pada staff dan pasien		
	B.6.2.2	Terdapat proses feedback (pujian atau komplain atau saran) yang mencakup	Sampel feedback acak terkait manajemen komplain dan perubahan yang	D,W	1
Development Criteria	B.6.3.1	RS melibatkan pasien dan pengantar pasien dalam struktur pengelolaan,	Strategi keterlibatan pasien dalam patient safety meliputi: identifikasi pasien	D,W	0.5
	B.6.3.2	RS menyediakan informasi dan edukasi pasien mengenai keselamatan pasien, literasi	Informasi dan edukasi mengenai keselamatan pasien, literasi kesehatan , dan	D,W	1
TOTAL PENILAIAN					3
PERSENTASE					75%
CRITICAL CRITERIA					0
CORE CRITERIA					1.5
DEVELOPMENT CRITERIA					1.5

STANDAR B.7 : RS memiliki lingkungan yang ramah patient safety

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Core Criteria	B.7.2.1	RS menyediakan lingkungan yang privasi, confidensial, dan ramah gender bagi pasien	Telusur lingkungan menunjukkan adanya area pemeriksaan yang privasi,	D,W,O	1
	B.7.2.2	RS menyediakan tempat untuk interaksi sosial termasuk hiburan untuk pasien	Telusur lingkungan menunjukkan adanya area hiburan untuk pasien seperti	D,W,O	1
	B.7.2.3	RS memiliki tempat untuk beribadah dan dapat memenuhi kebutuhan spiritual dan	Telusur lingkungan menunjukkan adanya area privat untuk beribadah dan	D,W,O	1
TOTAL PENILAIAN					3
PERSENTASE					100%
CRITICAL CRITERIA					0
CORE CRITERIA					3
DEVELOPMENT CRITERIA					0

**PATIENT SAFETY FRIENDLY HOSPITAL ASSESSMENT
BORANG ASSESSMENT**

DOMAIN C

C. Safe Evidence-based Clinical Practice

STANDAR C.1 : RS memiliki pengelolaan klinis efektif yang memastikan inklusi patient safety

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Critical Criteria	C.1.1.1	Kepemimpinan RS menjaga komunikasi efektif di seluruh RS termasuk pada pelaporan hasil kritis dan urgent	Strategi komunikasi Proses komunikasi nilai kritis dan urgent Penggunaan teknologi informasi	D,W,O	1
	C.1.1.2	RS mengimplementasikan surgical safety checklist sesuai dengan guideline WHO	Ada proses untuk memastikan pasien, lokasi, dan prosedur operasi sesuai SSC digunakan di ruang operasi pada setiap tindakan	D,W,O	1
	C.1.1.3	RS memiliki sistem untuk memastikan pengenalan dan respon pada perburukan	Kebijakan dan prosedur pengenalan dan respon pada perburukan klinis	D,W,O	1
	C.1.1.4	RS meminimalkan penggunaan pemberian advis via telepon atau lisan; dan	Kebijakan penggunaan order/advis via telepon dan verbal meliputi	D,W	1
	C.1.1.5	RS memiliki sistem untuk handover pasien yang aman dan lengkap antara tim atau	Kebijakan dan prosedur handover pasien meliputi semua disiplin ilmu,	D,W,O	1
	C.1.1.6	RS mengimplementasikan guideline persalinan aman dan pathway pelayanannya	Adanya guideline persalinan aman dan pathway pelayanannya berbasis bukti Informasi pada pasien mengenai persalinan aman	D,W,O	1
Core Criteria	C.1.2.1	RS memiliki proses untuk mengembangkan guideline klinis dan komite guideline lokal yang melakukan pertemuan secara reguler untuk memilih dan memastikan implementasi guideline, protokol, dan ceklist relevan dengan keamanan.	Adanya komite guideline multidisipliner dan mengembangkan TOR Prioritas guideline klinis, ceklist dan kebijakan untuk dikembangkan Guideline praktek klinis berdasarkan 5 diagnosis terbanyak dan 5 penyakit	D,W,O	1
	C.1.2.2	RS memiliki sistem untuk memastikan komunikasi efektif terkait hasil test yang masih pending pada pasien dan penyedia layanan paska discharge	Kebijakan dan prosedur untuk memastikan komunikasi hasil test yang Penggunaan teknologi informasi dan media sosial	D,W	1
	C.1.2.3	RS memastikan prosedur diagnostik invasif dilakukan dengan aman dan sesuai	Guideline untuk 5 prosedur diagnostik invasif terbanyak	D,W,O	1
	C.1.2.4	RS mengimplementasikan guideline untuk mengurangi tromboembolisme vena	Proses identifikasi pasien dengan risiko DVT dan emboli pulmo dan Informasi diberikan oleh staff kepada pasien mengenai risiko DVT dan Guideline untuk mengurangi DVT dan emboli pulmo	D,W,O	1
	C.1.2.5	RS melakukan skrining pada pasien untuk mengidentifikasi pasien rentan terhadap	Proses meliputi ketersediaan kebijakan dan prosedur untuk penilaian awal	D,W,O	1
	C.1.2.6	RS memiliki daftar singkatan dan simbol yang telah disetujui serta designasi dosis	Daftar singkatan dan simbol yang disetujui	D,W,O	1
	C.1.2.7	Terdapat proses untuk integrasi dan koordinasi pelayanan yang disediakan pada tiap	Proses untuk memastikan pelayanan patient-centered	D,W	1
	C.1.2.8	RS melakukan skrining pada pasien untuk identifikasi risiko jatuh dan melakukan	Kebijakan dan prosedur untuk identifikasi pasien jatuh dengan tool penilaian	D,W,O	1
TOTAL PENILAIAN					14
PERSENTASE					100%
CRITICAL CRITERIA					6
CORE CRITERIA					8
DEVELOPMENT CRITERIA					0

STANDAR C.2 : RS memiliki sistem untuk mengurangi risiko infeksi nosokomial

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Critical Criteria	C.2.1.1	RS memiliki program terkoordinasi untuk semua kegiatan IPC (Infection Prevention and Control) yang meliputi semua disiplin ilmu.	TOR komite IPC Hasil pertemuan komite IPC Guideline, rencana kerja dan manual IPC Adopsi strategi peningkatan multimodal WHO untuk program pencegahan	D,W,O	1
	C.2.1.2	RS memastikan pembersihan, disinfeksi, dan sterilisasi semua peralatan dilakukan	Kebijakan untuk pencucian, disinfeksi, dan sterilisasi peralatan.	D,W,O	1
	C.2.1.3	Terdapat personel khusus yang telah terqualifikasi untuk semua kegiatan IPC	Struktur organisasi IPC	D,W	1
Core Criteria	C.2.2.1	RS mematuhi guideline berbasis bukti untuk IPC, termasuk strategi peningkatan	Adanya guideline untuk IPC yang diakui, termasuk guideline WHO	D,W,O	1
	C.2.2.2	RS memastikan ketersediaan peralatan dan suplai IPC yang fungsional secara	Kebijakan dan prosedur untuk peralatan dan suplai IPC	D,W,O	1
	C.2.2.3	RS memiliki protokol isolasi, definisi dan precaution yang berfungsi	Kebijakan dan prosedur protokol isolasi	D,W,O	1
	C.2.2.4	RS mengimplementasikan kebijakan dan prosedur dalam penggunaan rasional antibiotik untuk mengurangi resistensi dan memiliki program stewardship antibiotik	Pendekatan multidisiplin meliputi minimal IPC, farmasi, klinisi, manajemen RS Adanya kebijakan dan prosedur mengenai penggunaan rasional antibiotik	D,W,O	1
	C.2.2.5	RS mengimplementasikan guideline yang diakui untuk hand hygiene termasuk	Adanya guideline yang diakui untuk hand hygiene di RS termasuk guideline	D,W,O	1
	C.2.2.6	Staff diskirning sebelum dipekerjakan dan sesuai diindikasikan, dan setelahnya untuk mencegah infeksi menular dan kolonisasi.	Rekam medis staff Kebijakan dan prosedur skrining staff	D,W	1

	C.2.2.7	RS bertindak dalam melindungi staff dan relawan RS dari infeksi nosokomial,	Kebijakan dan prosedur perlindungan staff dan relawan RS dari infeksi	D,W,O	1
	C.2.2.8	RS mematuhi bundle dari manajemen bilamana sesuai kondisi	Bundle guideline manajemen meliputi ICU, termasuk VAP dan CLABSI, serta	D,W	1
Development Criteria	C.2.3.1	RS memiliki sistem surveilans untuk HAIs	Kebijakan dan prosedur sistem surveilans untuk HAIs, meliputi infeksi daerah	D,W,O	1
TOTAL PENILAIAN					12
PERSENTASE					100%
CRITICAL CRITERIA					3
CORE CRITERIA					8
DEVELOPMENT CRITERIA					1

STANDAR C.3 : RS memastikan keamanan darah dan produk darah

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Critical Criteria	C.3.1.1	RS mengimplementasikan guideline, termasuk guideline WHO pada darah dan produk darah kualitas aman	Guideline, termasuk guideline WHO tentang pengelolaan darah yang aman	D,W,O	1
			Guideline tentang administrasi darah dan produk darah yang aman		
			Kebijakan dan prosedur untuk prosedur pre-transfusi, termasuk rekrutmen,		
			Guideline tentang peresepan aman dan sesuai untuk darah dan produk		
	C.3.1.2	RS memastikan sampel darah pasien untuk cross-match diidentifikasi secara aman	Kebijakan dan prosedur cross match sampel darah	D,W,O	1
Core Criteria	C.3.2.1	RS mematuhi guideline peresepan aman dan sesuai untuk darah dan produk darah	Guideline untuk praktek klinis yang mengurangi kehilangan darah dan	D,W,O	1
	C.3.2.2	RS memiliki kebijakan dan prosedur untuk manajemen insiden paska transfusi	Kebijakan untuk manajemen insiden paska transfusi darah	D,W	1
TOTAL PENILAIAN					4
PERSENTASE					100%
CRITICAL CRITERIA					2
CORE CRITERIA					2
DEVELOPMENT CRITERIA					0

STANDAR C.4 : RS memiliki sistem medikasi yang aman

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Critical Criteria	C.4.1.1	Farmasi yang tersertifikasi menyediakan sistem manajemen medikasi yang melihat kebutuhan pasien, memenuhi regulasi yang ada dan sesuai dengan guideline WHO	Job desc farmasi klinis	D,W	1
			Medication safety programme		
	C.4.1.2	RS menyimpan larutan elektrolit konsentrasi tinggi di tempat yang aman	Kebijakan dan prosedur pembuangan elektrolit konsentrasi tinggi, termasuk KCl, potassium fosfat, NaCl dari rawat inap ke tempat yang aman	D,W,O	1
	C.4.1.3	RS memastikan ketersediaan obat-obatan emergensi di setiap waktu	Obat-obatan emergensi tersedia berdasarkan kebutuhan di tiap departemen	D,W,O	1
Core Criteria	C.4.2.1	RS memastikan tulisan tangan terbaca saat menulis hasil pemeriksaan atau	Kebijakan dan prosedur yang memastikan legibilitas tulisan tangan ketika	D,W,O	1
	C.4.2.2	RS memastikan rekonsiliasi obat pada admisi, transfer dan discharge	Kebijakan dan prosedur pengobatan yang aman meliputi semua transisi	D,W,O	1
	C.4.2.3	RS memastikan edukasi pasien mengenai medikasi saat discharge	Proses edukasi pasien dan pendampingnya mengenai penggunaan yang aman	D,W,O	1
			Rekam medis yang menunjukkan edukasi pasien tentang medikasi pada saat		
	C.4.2.4	RS menstandarisasi dan membatasi jumlah konsentrasi pada obat	Kebijakan dan prosedur safe medication yang meliputi seleksi dan cara	D,W,O	1
			Perhatian khusus mengenai labeling dan penyimpanan high risk medication		
		Prosedur spesifik untuk area dengan risiko tinggi, seperti anestesia atau			
	C.4.2.5	RS memiliki sistem manajemen nyeri dan kontrol, akses, dan penyimpanan produk	Kebijakan mengenai controlled substance	D,W,O	1
	C.4.2.6	RS memiliki kebijakan dan prosedur yang diimplementasikan untuk mencegah	Kebijakan dan prosedur untuk manage medication errors	D,W,O	1
Development Criteria	C.4.3.1	RS memiliki farmasi klinis yang berpartisipasi dalam order medikasi dan memiliki sistem untuk identifikasi interaksi antar obat maupun dengan makanan	Proses review medikasi yang diresepkan dan sistem alarm untuk interaksi Kebijakan dan prosedur farmasi klinis untuk identifikasi antar obat dan obat-	D,W,O	1
TOTAL PENILAIAN					10
PERSENTASE					100%
CRITICAL CRITERIA					3
CORE CRITERIA					6
DEVELOPMENT CRITERIA					1

**PATIENT SAFETY FRIENDLY HOSPITAL ASSESSMENT
BORANG ASSESSMENT**

DOMAIN D

D. Safe Environment

STANDAR D.1 : **RS memiliki lingkungan fisik yang aman untuk pasien, staff, relawan dan pengunjung RS**

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Core Criteria	D.1.2.1	RS memiliki personel khusus yang bertanggungjawab terhadap keamanan lingkungan dengan dukungan komite multidisipliner.	Adanya struktur organisasi TOR untuk komite keamanan lingkungan multidisipliner	D,W	1
	D.1.2.2	Desain RS dimaksimalkan untuk menyediakan lingkungan yang aman, termasuk	Tur lingkungan	D,W,O	1
	D.1.2.3	RS memiliki program maintenans preventif untuk alat medis dan lingkungan fisik	Rapat pertemuan komite keamanan lingkungan multidisipliner Catatan program maintenans preventif untuk lingkungan fisik Kebijakan dan prosedur keamanan bangunan	D,W,O	1
	D.1.2.4	RS mengimplementasikan program keamanan dan menggunakan area pengamanan	Kebijakan dan prosedur keamanan berada di lokasi dan divalidasi saat tour	D,W,O	1
	D.1.2.5	RS memastikan personel RS menggunakan identifikasi personel	Kebijakan dan prosedur mengenai staff memakai badge identifikasi dan	D,W,O	1
	D.1.2.6	RS mengembangkan dan menguji rencana untuk emergensi internal dan eksternal	Rencana emergensi internal Rencana emergensi eksternal Laporan hasil simulasi rencana emergensi internal dan eksternal	D,W,O	0.5
	D.1.2.7	RS menyediakan sistem monitoring yang memperingatkan ketika servis kritikal dalam	Tur lingkungan	D,W,O	0.5
	D.1.2.8	RS mengimplementasikan program fire safety dengan rencana evakuasi	Kebijakan dan prosedur fire safety Tur lingkungan	D,W,O	1
	D.1.2.9	RS memiliki perencanaan sistem utilitas yang efektif, termasuk gas medis, air dan	Tur lingkungan	D,W,O	1
	D.1.2.10	RS memiliki program radiation safety termasuk personel yang bertanggungjawab	Personel khusus yang bertanggungjawab terhadap staff dan keselamatan Kebijakan dan prosedur radiation safety Tur lingkungan	D,W,O	TDD
	D.1.2.11	RS memiliki papan tanda bahaya yang menandai area yang tidak aman	Tur lingkungan	D,W,O	1
	D.1.2.12	RS menyediakan makanan dan minuman yang aman dan pantas untuk pasien, staff,	Kebijakan dan prosedur untuk suplai makanan dan minuman aman dan	D,W,O	1
	D.1.2.13	RS menjaga lingkungan yang bersih	Kebijakan dan prosedur housekeeping Tur lingkungan	D,W,O	1
	D.1.2.14	RS telah mengimplementasikan kebijakan bebas asap rokok	Tur lingkungan	D,W,O	1
	D.1.2.15	RS menyediakan mekanisme untuk memastikan backup suplai terhadap alat-alat penting termasuk gas medis, air dan listrik	UPS/generator, generator harus dapat menyala dalam 10 detik listrik padam Backup air Suplai gas medis	D,W,O	1
Development Criteria	D.1.3.1	RS memiliki sistem manajemen informasi otomatis dan sistem rekam medis	Kebijakan pembuatan, manajemen, dan kontrol rekam medis elektronik	D,W,O	0.5
TOTAL PENILAIAN					13.5
PERSENTASE					90%
CRITICAL CRITERIA					0
CORE CRITERIA					13
DEVELOPMENT CRITERIA					0.5

STANDAR D.2 : RS memiliki sistem pengelolaan limbah yang aman

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Critical Criteria	D.2.1.1	RS mengikuti guideline dalam manajemen limbah benda tajam	Guideline (termasuk guideline WHO) mengenai manajemen limbah benda	D,W,O	1
Core Criteria	D.2.2.1	RS mengikuti guideline manajemen limbah yang aman, termasuk penyimpanan yang	Guideline (termasuk guideline WHO) mengenai manajemen aman limbah dari	D,W,O	1
	D.2.2.2	RS mengikuti guideline manajemen limbah biologis	Guideline (termasuk guideline WHO) mengenai manajemen limbah biologis	D,W,O	1
	D.2.2.3	RS mengikuti guideline manajemen limbah kimia	Guideline (termasuk guideline WHO) mengenai manajemen limbah kimia	D,W,O	1
	D.2.2.4	RS mengikuti guideline manajemen limbah radiologis	Guideline (termasuk guideline WHO) mengenai manajemen limbah radiologis	D,W,O	TDD
	D.2.2.5	RS membagi limbah berdasarkan tingkat bahayanya dan memberikan kode warna	Kebijakan dan prosedur pemisahan limbah berdasarkan tingkat bahaya dan	D,W,O	1
TOTAL PENILAIAN					5
PERSENTASE					100%
CRITICAL CRITERIA					1
CORE CRITERIA					4
DEVELOPMENT CRITERIA					0

**PATIENT SAFETY FRIENDLY HOSPITAL ASSESSMENT
BORANG ASSESSMENT**

DOMAIN E

E. Life-long Learning

STANDAR E.1 : **RS memiliki staff profesional yang mengembangkan program dengan keselamatan pasien sebagai cross-cutting theme**

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Critical Criteria	E.1.1.1	Semua staff RS dipaparkan mengenai program orientasi keselamatan pasien	Orientasi patient safety meliputi fire safety, manual handling, hand hygiene,	D,W	1
Core Criteria	E.1.2.1	RS menyediakan pelatihan dan edukasi berkala untuk semua staff untuk memastikan	Proses untuk memastikan identifikasi kebutuhan pelatihan staff dan	D,W,O	1
TOTAL PENILAIAN					2
PERSENTASE					100%
CRITICAL CRITERIA					1
CORE CRITERIA					1
DEVELOPMENT CRITERIA					0

STANDAR E.2 : **RS melakukan penelitian dan proyek peningkatan kualitas dalam patient safety secara berkelanjutan**

Jenis Kriteria	Standar	Pernyataan Kriteria	Bukti	Cara Survey	Nilai
Core Criteria	E.2.2.1	Semua penelitian disetujui dan dimonitor oleh badan internal keselamatan pasien	TOR untuk komite etik penelitian	D,W	1
Development Criteria	E.2.3.1	RS melakukan penelitian cross-sectional, prospektif atau retrospektif untuk menilai	Studi cross-sectional, prospektif atau retrospektif dan laporan yang	D,W	1
	E.2.3.2	RS mengadakan proyek peningkatan kualitas untuk mendorong kegiatan keamanan pasien	Proses melatih staf berdasarkan tools peningkatan kualitas seperti PDSA Bukti proyek peningkatan kualitas	D,W	1
TOTAL PENILAIAN					3
PERSENTASE					100%
CRITICAL CRITERIA					0
CORE CRITERIA					1
DEVELOPMENT CRITERIA					2

RANGKUMAN HASIL BORANG

DOMAIN	STANDAR	HASIL PENILAIAN	CRITICAL CRITERIA	CORE CRITERIA	DEVELOPMENT CRITERIA
A. Leadership and Management	A.1	100%	3	4	1
	A.2	88%	1	5.5	0.5
	A.3	83%	0	2	0.5
	A.4	100%	1	3	0
	A.5	100%	2	4	0
	A.6	88%	0	3.5	0
B. Patient and Public Involvement	B.1	100%	0	4	0
	B.2	95%	1	6.5	2
	B.3	75%	1	2	0
	B.4	88%	0	2	1.5
	B.5	25%	0	0.5	0
	B.6	75%	0	1.5	1.5
	B.7	100%	0	3	0
C. Safe Evidence-based Clinical Practice	C.1	100%	6	8	0
	C.2	100%	3	8	1
	C.3	100%	2	2	0
	C.4	100%	3	6	1
D. Safe Environment	D.1	90%	0	13	0.5
	D.2	100%	1	4	0
E. Life-long Learning	E.1	100%	1	1	0
	E.2	100%	0	1	2

TOTAL PENILAIAN	91%		
TOTAL CRITERIA YANG TERPENUHI		25	84.5
TOTAL CRITERIA STANDARD		25	89
PERSENTASE		100%	95%

KRITERIA GRADING RUMAH SAKIT BERDASARKAN PSFHF

LEVEL RUMAH SAKIT	CRITICAL CRITERIA	CORE CRITERIA	DEVELOPMENT CRITERIA
1	100%	Berapapun	Berapapun
2	100%	60-89%	Berapapun
3	100%	>=90%	Berapapun
4	100%	>=90%	>=80%

Berdasarkan perhitungan dari kriteria grading rumah sakit berdasarkan PSFHF, maka didapatkan level:

3